Rok XLI. Kraków, 24 Maja 1902. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu (Prof. Dr. Pasternacki).

Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną.

Podał

Dr. med. Witold Orłowski

Ordynator kliniki.

Jeśli nie często zdarzające się przypadki połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną zasługują wogóle na baczną uwagę, to tembardziej poczuwam się do obowiązku podać do powszechnej wiadomości niezwykły przypadek tego rodzaju, który spostrzegałem w klinicznym oddziale prof. Pasternackiego. Przypadek ten już od pierwszej chwili pobytu chorej w klinice zwracał na siebie uwagę i stanowił przez cały czas przedmiot ożywionych rozpraw wśród kolegów, ordynujących w klinice. Ostatecznie mieliśmy możność przy sekcyi sprawdzić nasze rozumowania i wnioski rozpoznawcze.

Wywiady. *S-a*, wieśniaczka l. 32, wstąpiła do kliniki lekarskiej 28 listopada 1901 roku, uskarżając się przeważnie na tępe bóle w brzuchu, trwające już 4-ty rok, mianowicie od chwili, gdy nieostrożnie zeskoczyła z chodnika. Od 4 miesięcy zaczęły się pojawiać wymioty zaraz po jedzeniu, oraz zaparcie stolca. Przed dwoma tygodniami miała wystąpić gorączka i kaszel, początkowo suchy, następnie zaś z mierną plwociną śluzową; kłócia lub bólów w piersiach nie doznawała. Przed tygodniem spostrzegła chora w plwocinie krew w kształcie równomiernie zabarwionych kłaczków śluzowych. W ostatnim roku znacznie schudła i podupadła na siłach.

Zaczęła chodzić w końcu pierwszego roku życia; w dzieciństwie czuła się zdrową; duszności, bicia serca, obrzęków i widocznej sinicy nigdy nie doświadczała; dzieckiem będąc przebyła ospę i odrę; przed półrokiem miała różę na goleniach; od tego czasu począwszy miewała bicie serca; kilka razy przechodziła zapalenie migdałków podniebiennych. W ciąży była raz 1; po porodzie uległa wypadnięciu macicy. Napojów wyskokowych nie nadużywała; zimnicy i kiły nie przechodziła.

Badanie przedmiotowe. Chora, wzrostu średniego budowy wątłej, odżywiania podupadłego. Stos pacierzowy w kręgach piersiowych zbacza w prawo. Skóra i widzialne błony śluzowe blade, kończyny i policzki lekko sinawe; ostatnie członki (falangi) palców zgrubiałe, kształtu kolbek. Na skórze goleni plamy złożonego barwika (w następstwie róży). Nieznaczny obrzęk stóp i goleni. W okolicy prawego stawu udowego niewielka odleżyna. Gruczoły chłonne nie powiększone.

Przy opatrywaniu klatki piersiowej z przodu bije w oczy wyraźne tętnienie w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym na 3 palce (6 ctm.) w lewo od mostka; tuż daje się wyczuć b. wyraźnie mruk koci (*frémissement cataire)* i wybitne zaostrzenie drugiego dźwięku [1]); w innych miejscach okolicy sercowej nie wyczuwa się ani tętnienia, ani mruku kociego. Uderzenie koniuszkowe niewidzialne, lecz daje się wymacać w piątym przestworze międzyżebrowym, na lewo od linii sutkowej lewej; siła uderzenia mierna. Przytłumienie odgłosu w okolicy serca rozpoczyna się od 3 żebra, ku stronie prawej sięga do linii środkowej ciała, ku stronie lewej przechodzi na szerokość $1^1/_2$ palca (3 ctm.) za linię sutkową lewą; dolna granica odpowiada górnemu brzegowi 6-go żebra. Do górnej granicy stłumienia sercowego przytyka bezpośrednio pasmo stłumienia bezwzględnego, które rozpoczyna się od obojczyka, ku stronie prawej sięga do linii mostkowej lewej, ku stronie lewej sięga na 3 palce (6 ctm.) na lewo od mostka; u dołu zaś, nieco rozszerzając się, zlewa się ono ze stłumieniem serca. W ten sposób otrzymujemy nad stłumieniem sercowem wstęgę przytłumienia w kształcie czworokąta. Przy głębokiem oddechaniu stłumienie to zmienia swe rozmiary, co wskazuje, że nie zależy ono od nacieku w płucach. Przy osłuchiwaniu serca i dużych naczyń stwierdza się następujące objawy: nad koniuszkiem serca dwa dźwięki, czyste (bez szmerów); na miejscu wysłuchiwania tętnicy głównej dwa dźwięki, drugi głuchy w towarzystwie słabego szmeru, wzmagającego się w miarę oddalenia ku stronie lewej; nad tętnicą płucną dwa dźwięki: pierwszy słabszy z dość znacznym szmerem dmuchającym, drugi niezwykle silnie wzmożony; bezpośrednio ku drugiemu przymyka silny szmer rozkurczowy; toż samo zjawisko, co przy osłuchiwaniu tętnicy płucnej, stwierdza się i w miejscu tętnienia w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym; drugi szmer szybko słabnie we wszystkich kierunkach, pierwszy przenosi się na znaczną przestrzeń; na tylnej powierzchni klatki piersiowej szmeru skurczowego niema. Na miejscu osłuchiwania zastawki trójdzielnej słyszy się dwa dźwięki głuche Nad lewą tętnicą dogłowową i podobojczykową szmer, nad prawemi słaby dźwięk; przy osłuchiwaniu tętnic łokciowych i udowych słyszy się dźwięk, wyraźniejszy po stronie lewej; nad tętnicą sprychową dźwięku tego niema. Tętnice obwodowe żadnych zmian nie przedstawiają. Żyły szyjne rozszerzone, więcej po stronie prawej. Buczenia w opuszce żyły jarzmowej niema. Tętno 120 na 1′, miarowe, jednoczesne po obu stronach; wysokość fali mniejsza, osłabienie fali tętna podczas wdechu nie ma miejsca. Krzywej tętna (sfigmogramu) nie udało się zdjąć wobec

[1]) Używam wyrazu »dźwięk« zamiast utartego w naszem piśmiennictwie »ton,« ponieważ ten odpowiada rzeczywistości; wyraz zaś »ton«, należałoby zachować wyłącznie dla »dźwięku muzykalnego«.

słabego napełnienia tętnicy sprychowej. Ciśnienia krwi nie oznaczano.

Granice płuc prawidłowe; szmery oddechowe nieco szorstkie; pod obydwiema łopatkami skąpe rzężenia drobnobańkowe; drżenie głosowe wszędzie jednakowe. Oddechanie o typie przeważnie żebrowym, 24 na 1′. Plwociny niewiele, śluzowa, prątków gruźliczych i dwoinek Fränkla w niej nie znaleziono.

Brzuch nie wzdęty. Wątroba występuje z pod łuku żebrowego na 2 palce (4 ctm.), dość twarda, mało bolesna, o brzegu zaokrąglonym; pęcherzyk żółciowy nie macalny. Sledziona wymacuje się w kształcie nieco tkliwego na ucisk ciała twardego o gładkiej powierzchni, sięgającego z pod łuku żebrowego ku przodowi i dołowi; przedni brzeg śledziony sięga na 3 palce (6 ctm.) w prawo po za linię środkową ciała, dolny na 3 palce niżej łuku żebrowego; górna granica na górnym brzegu 9 żebra; w brzegu przednim wyraźnie można wymacać bruzdę, która dzieli śledzionę na 2 części: górną większą i dolną mniejszą. Szmeru tarcia w okolicy brzucha nigdzie niema. Płynu w jamie brzusznej również niema. Wypróżnienia nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Badanie krwi, wykonane 30 listopada, dało następujące wyniki: krwinki czerwone układają się dobrze w rulony; nieznaczna poikilocytoza; hemoglobiny według metody Gowersa 55%; krwinek czerwonych w 1 mlm³ 4,160.000,— białych 5789, stosunek między liczbą krwinek białych a czerwonych wynosi 1:718; swoistych pasorzytów zimnicy *(plasmodium malariae)* nie wykryto.

Dobowa ilość moczu, zebranego od godziny 8 rano 29 do godziny 8 rano 30 listopada, wynosi 1600 ctm. sz.; oddziaływanie moczu kwaśne, ciężar właściwy 1,010, białka 0,07% (sposób Brandberga); cukru, barwików żółciowych, urobiliny, acetonu i kwasu acetooctowego nie wykryto; dość wybitny odczyn Jaffé (na indykan.); drobnowidowe badanie osadu, otrzymanego za pomocą centryfugowania z moczu świeżo wypuszczonego cewnikiem, wykazało: 1) krwinki czerwone, przeciętnie 5—6 w polu widzenia (przy powiększeniu 480), przeważnie nawpół odbarwione; 2) pojedyncze krwinki białe; 3) wałeczki szkliste — do 10 w każdym preparacie; 4) wałeczki ziarniste 5—6 w preparacie; 5) komórki nabłonka nerkowego po 5—6 w preparacie, w pojedynczych niewielkich grupach; 6) nieznaczna liczba płaskich komórek nabłonkowych, pochodzących z pęcherza moczowego i 7) niewiele kłaczków śluzowych.

Ciepłota 29 listopada o godzinie 6 wieczorem 36° C., 30-go o 9 rano 37,7° C., o 6-tej wieczorem 36,9° C. Ogólne samopoczucie przygnębione.

Z dalszego przebiegu podnoszę tylko zmiany ważniejsze. Ciepłota była wciąż podniesioną, wahając się w granicach 37—38,5°, niekiedy zaś podnosiła się do 39° C. Na 5-ty dzień pobytu chorej w klinice prawa granica stłumienia sercowego przesunęła się na prawo do linii mostkowej prawej i w tem położeniu zostawała przez cały czas. Nieprawidłowe objawy ze strony serca trwały ciągle, ulegając tylko nieznacznym zmianom, mianowicie szmery sercowe niekiedy przybierały na sile, innym zaś razem były słabsze. Na piąty dzień pobytu w klinice wystąpiły objawy ze strony dolnego płatu płuca lewego, mianowicie przytłumienie wypuku, wzmożenie drżenia głosowego i oddech oskrzelowy, co wskazywało na wystąpienie sprawy zapalnej w miąższu płucnym; jednocześnie podniosła się gorączka. Ztąd zapalenie przeniosło się wkrótce na płat górny tegoż płuca, a zatem znowu powróciło na poprzednie siedlisko; przed śmiercią jednak sprawa zapalna poczęła się rozdzielać. Na 2 dni przed zgonem, który nastąpił 17 grudnia, wystąpiły objawy ze strony mózgowia: wśród nasilenia gorączki najpierw wystąpiły uporczywe bóle głowy, potem wymioty, których nie było przez cały czas pobytu chorej w klinice; wkrótce chora zapadła w stan nawpół przytomny, zaczęła majaczyć, rzucać się w łóżku, jednocześnie wystąpiło bezwiedne oddawanie moczu i kału; w przeddzień śmierci wieczorem chora zupełnie utraciła przytomność. Wśród tych objawów 17 grudnia o godz. $3^1/_2$ po południu chora umarła.

Leczenie przez cały czas pobytu chorej w klinice było objawowe: zupełny spokój (leżenie w łóżku) i przeważnie środki wzmacniające serce. (C. d. n.).

II. Z oddziału II. wewnętrznego szpitala powszechnego we Lwowie.

Przyczynek do nauki o żywieniu i leczeniu chorych na przewlekłe zapalenia nerek.

Podał
Dr. Józef Wiczkowski
docent Uniwersytetu i prymaryusz oddziału.

(Dokończenie).

Spostrzeżenia moje pozostałych 77 chorych dały mi mniej więcej takie same wyniki, jak te, które wyżej wyszczególniłem. Wolno mi więc na podstawie tych doświadczeń podać następujące wnioski: jakość pożywienia, czy to wyłącznie mlekiem i mlecznemi potrawami, czy to przeważnie mięsem białem, czy to mięsem czarnem, była bez widocznego wpływu na ilość białka wydzielonego. W przypadkach, które okazywały dążność do wyleczenia się, lub przynajmniej do poprawy, dążność ta nie była trwale przerwana zmianą w pożywieniu; bieg poprawy postępował naprzód raz obranym trybem. Kiedy zaś nad chorym zawisło fatum nieuleczalności, dyeta wyłącznie mleczna nie przynosiła ulgi, nie powstrzymywała grożących życiu objawów. Natomiast nawet w przypadkach nieuleczalnych ta mięszana dyeta, ta odmiana w pokarmach, widocznie korzystnie wpływała na łaknienie, na ogólny stan odżywienia i tem samem na przedłużenie życia. Na podstawie tych moich dwuletnich spostrzeżeń nie mogę podać, jakie były dalsze losy chorych wypuszczonych ze szpitala, wprawdzie nie uleczonych, ale prawie zawsze z polepszeniem, których był względnie wielki odsetek. Natomiast dobrze mi wiadomo z mojej praktyki prywatnej, że chorzy, dotknięci przewlekłem zapaleniem nerek, uznani za nieuleczalnych, zachowując dyetę zastosowaną więcej do ich smaku, przybywają na wadze, cieszą się długie lata względnie tak dobrem zdrowiem, że tylko odczynnik na białko i mikroskop przypominają im o ich cierpieniu; a nie są zbyt rzadkie znane mi przypadki, w których nawet po latach kilku następowało względne wyleczenie, uwidocznione brakiem zmian charakterystycznych w moczu. Zatem i ze stanowiska klinicznego wszystko jedno, czy mięso białe czy czarne, byle chorego jak najlepiej odżywić, wzmocnić i uzbroić na wszelki przypadek walki z chorobami — słowem, aby go jak najdłużej przy życiu utrzymać. Słusz-

nie twierdzi Leyden (Berl. klin. Woch. 1893), że im więcej ustrój podupada, tem mniej ma siły odpornej, tem łatwiej *ceteris paribus* ulegnie pewnej chorobie; natomiast im jest silniejszy, im więcej przybywa na ciężarze, tem łatwiej chorobę przetrzyma; poprawa odżywienia jest wprost zadaniem leczniczem. Zapewne Sydenham miał na myśli także choroby nerkowe twierdząc, że pewne choroby tylko dyetą samą mogą być wyleczone.

Przeprowadzając rozmaite kombinacye w dyecie dla chorych na przewlekłe zapalenie nerek, napotkałem na doświadczenia z tłuszczami, które zasługują na wzmiankę. Zauważyłem mianowicie, że chorzy tacy, jeżeli tylko znoszą tłuszcze, doznają pewnej poprawy. W tym celu podawałem dziennie 1—2 łyżek oliwy, lub rybiego tranu. Kilkakrotnie stwierdziłem widocznie korzystny wpływ na ilość białka i zmniejszenie się obrzęków, a prawie zawsze poprawę w odżywieniu. Jeżeli według Rosenheima (Pflüg. Arch. 1889. Bd. XLVI) do wyzyskania przez ustrój tłuszczów potrzeba pewnej ilości białka, być może, że nawzajem tłuszcze ułatwiają przetrawienie istot białkowatych.

Dalsze pytanie, na jakie próbowałem odpowiedzieć przy moich doświadczeniach, było, czy w przewlekłych zapalnych chorobach nerkowych należy podawać wielką ilość płynu, czy też ograniczyć dowóz napojów?

Bamberger wystąpił przeciw zmniejszeniu ilości płynu tak w przewlekłych zapalnych chorobach nerkowych, jako też w zapaleniach tkankołącznowych, twierdząc, że ze zmniejszeniem się ilości napojów, zmniejsza się znacznie wydalanie mocznika, a zwiększa się ilość białka. Natomiast Camerer, Noorden, Ziemssen radzą ograniczać ilość płynu szczególnie w śródmiąższowem zapaleniu nerek, aby zaoszczędzić siły serca, a tem samem zapobiedz grożącemu niebezpieczeństwu z powodu jego osłabienia. Doświadczenia moje pouczyły mnie, że co do dowozu płynu należy indywidualizować. Mianowicie należy zwiększać ilość płynów wtedy, kiedy zachodzą objawy zatrucia, dla wydalenia przetworów przeróbki materyi, tak jak to radzi Bamberger, naturalnie zawsze z uwzględnieniem akcyi serca i z równoczesnem podaniem środków moczopędnych; zaś z Noordenem godzę się na zmniejszenie ilości płynów w przypadkach, w których głównie chodzi o wessanie przesączu, by tem samem akcyę serca wzmocnić, a kiedy nie grozi widmo mocznicy.

Wśród tych spostrzeżeń musiałem naturalnie niejednokrotnie chwycić się puszczenia krwi, gdy wystąpiły objawy mocznicowe. W trzech przypadkach upust krwi przyniósł mi więcej, aniżeli się spodziewałem. Niewytłómaczonym sposobem po upuście krwi w napadzie mocznicy nastąpiło zupełne wyleczenie, w jednym przypadku w ciągu trzech tygodni, w drugim dwóch miesięcy, a w trzecim czterech miesięcy.

Pozwolę sobie dwa z nich, które dokładnie obserwowałem, tutaj przytoczyć.

Przypadek I. K. L. l. 52. (Tablica IX). Chora od dłuższego czasu, dokładnie nie umie podać daty początku choroby, jak to zwykle bywa nawet u ludzi inteligentnych. Skarży się na brak łaknienia, gorzkie odbijania, wymioty o smaku gorzkim, obrzęk twarzy i nóg. W moczu znaczna ilość białka 0·5%, w osadzie liczne leukocyty, ciałka krwi pojedynczo, wałeczki Belliniego szkliste i ziarniste dość częste, liczne przybłonki brukowe, pojedynczo przybłonki z miedniczek nerkowych. Zaraz drugiego dnia pobytu w szpitalu dostała silnego napadu mocznicy. Natychmiast wykonano upust krwi w ilości 500 sz. ctm., poczem nastąpiło znaczne polepszenie. Napady więcej się nie powtórzyły. Chorą zostawiłem na dyecie mlecznej. Ilość białka zmniejszyła się z 0·5 na 0·06%; polepszenie trwało mimo podania mięsa białego, a później czarnego tak, że już od 9/7 był tylko ślad białka ledwie dostrzegalny, a 11/7 wypuściłem chorą do domu, jako na razie zupełnie wyleczoną. Dalsze jej losy nie są mi znane.

Tablica IX.

K. L. l. 52. *Nephritis parenchymatosa chronica. Uraemia.* od 22/6—11/7

Data	•	Przeciętna ilość moczu	białka %	białka na dobę
od 22/6—3/7	Dyeta mleczna	750	0·5 0·25 0·08 0·06	3·75 1·875 0·60 0·45
od 4/7—7/7	Przeważnie mięso białe	1000	0·06 0·02	0·60 0·20
od 8/7—15/7	Przeważnie mięso wołowe	ślady ledwie dostrzegalne		

Przypadek II. E. J. l. 48. Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica.* Chora od dwóch lat; skarży się na dolegliwości żołądkowo-jelitowe, brak łaknienia, częste bóle głowy. szczególnie usadowione w potylicy, obrzęki znaczne nóg i brzucha. Badanie wykazuje: cera twarzy bardzo blada, twarz obrzękła, również znacznie obrzękłe kończyny dolne, wolny płyn w jamie brzusznej. Rozmiary serca powiększone, szczególnie na prawo do linii przymostkowej prawej, na lewo przekracza linię sutkową lewą; tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną silnie zaostrzony, tętnice obwodowe napięte, tętno twarde, 90 uderzeń na minutę. Ciepłota prawidłowa. Wątroba i śledziona prawidłowe. Skąpa ilość moczu. W dniu, w którym chorą po raz pierwszy widziałem, skarżyła się ona na silny ból głowy. Poleciłem antypirynę z kofeiną. W 10 minut po użyciu tego proszku dostała, naturalnie nie *propter hoc*, napadu mocznicowego. Upust krwi na razie przyniósł ulgę, lecz nie uwolnił chorej od ponowienia się napadów; przyszedł drugi, trzeci, było ich razem 6. Za każdym razem wypuszczano około 150 grm. krwi; razem około 1000 grm. w przeciągu doby. Po tych ciężkich przejściach pozostała ślepota (*amaurosis*), która następnie w ciągu czterech tygodni zupełnie ustąpiła, a chora po 4 miesiącach wstała z łóżka zupełnie wolna od charakterystycznych składników moczu. Do tej pory białko w moczu się nie pojawiło, stan ogólny chorej zupełnie zadawalniający.

Zastrzedz się muszę, że rozpoznanie w obydwu przytoczonych przypadkach nie ulegało najmniejszej wątpliwości, bo już same napady nosiły na sobie cechę wybitnych napadów mocznicowych; z drugiej strony trudno mi przypuścić, aby to była przypadkowa tylko kombinacya mocznicy, upustu krwi i wyleczenia. Gdyż starając się pochwycić specyalne wskazania do tak energicznej i szybkiej pomocy w chorobach zwykle tak długo przeciągających się i niepewnych co do ostatniego zejścia, znalazłem dotąd dwa wskazania, a mianowicie: napięcie tętnic obwodowych i brak powikłań ze strony innych narządów. Na dowód tego twierdzenia przytoczę dwa przypadki, w których zastosowałem upust krwi i to nie pod przymusem napadu mocznicowego, ze skutkiem uderzająco dodatnim.

Przypadek I. Z. Z. l. 69. Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis.* Choruje od sześciu miesięcy (zapewne i dłużej). Skarży się na znaczną duszność i z tego powodu od kilku tygodni nie może ani chodzić, ani leżeć; znaczne obrzęki nóg tak, że utworzył się rozległy wyprysk na obu łydkach tak z powodu ciągłego wyciekania płynu surowiczego jak i z powodu zanieczyszczenia. Badanie wykazuje: obrzęk twarzy, znaczną ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Rozmiary komórki prawej i lewej powiększone; tony czyste, głuche, drugi nad tętnicą główną zaostrzony; tętnice obwodowe napięte, tętno twarde, 96. Badanie moczu wykazuje: barwa blado-winowa, ciężar gatunkowy 1,016. białko w ilości 0·2%. W osadzie moczu: pojedynczo leukocyty i ery-

trocyty, pojedynczo przybłonki przejściowe z kanalików moczowych, pojedynczo ziarniste wałeczki Belliniego, liczne kryształki kwasu moczowego. Ilość moczu 500 ctm. sz. na dobę; waga ciała 70 kilogr. Od 5/3 do 9/3 zastosowano energiczne środki moczopędne, lecz bez najmniejszego skutku. Ilość moczu pozostała małą, duszność się zwiększała, nieżyt oskrzelowy się rozszerzył, obawiałem się powikłań; stan był groźny.

9/3 zastosowałem upust krwi; wypuszczono 200 ctm. sz. Już d. 11/3 ilość moczu zwiększyła się do 1400 ctm. sz. na dobę, 12/3 4100 ctm. sz., 13/3 2300, 14/3 400 ctm. sz., (było rozwolnienie), 15/3 1700, 16/3 2900, 17/3 1100. Ilość białka 12/3 0·03%, 15/3 0·01%. Waga ciała 12/3 62.300 kil., 17/3 57 kilogr.

Naturalnie obrzęki prawie zupełnie znikły, skóra się pomarszczyła, komórka prawa dochodzi do linii przymostkowej lewej, tony wybitniej głośne, tętnice obwodowe mniej napięte, łaknienie i stan ogólny znacznie się poprawiły. Chora, która dotąd całe tygodnie spędzała dnie i noce w pozycyi siedzącej, obecnie leży i odsypia noce nieprzespane.

Przypadek II. N. Sch. w Drohobyczu (w leczeniu kol. dyr. szpit. Dra Kozłowskiego i kol. Eliasiewicza). Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica.* Czas trwania choroby nie znany, prawdopodobnie dwa lata. Napad mocznicy zniewolił rodzinę chorego do wezwania pomocy wymienionych kolegów. Zastosowany przez nich upust krwi (w ilości 700 ctm. sz.) usunął napady mocznicy, pozostała ślepota, obrzęki twarzy i nóg, bóle głowy i pewne zamącenie przytomności. Białka było 1%, w osadzie obok leukocytów i ciałek krwi czerwonych liczne wałeczki szkliste i ziarniste; ilość moczu około 1000 grm. na dobę. Wezwany przez kolegów do Drohobycza, znalazłem chorego w stanie wyżej nakreślonym. Wobec tych ciężkich objawów nie wahałem się, mimo że nie było napadu mocznicowego, wypuścić jeszcze 200 ctm. sz. krwi, zwłaszcza że znalazłem tętnice obwodowe znacznie jeszcze napięte, a badaniem wykluczyłem jakiekolwiek powikłania. Już wieczorem tego dnia ustąpiła ślepota, odtąd stan chorego polepszał się przy odpowiednem leczeniu, ilość moczu się zwiększała, obrzęki ustąpiły, ilość białka wynosiła 0·04%, w osadzie zaledwie pojedyncze wałeczki ziarniste obok leukocytów. Sam stwierdziłem ten znaczny postęp, kiedy po tygodniu miałem sposobność chorego w Drohobyczu wraz z kol. Eliasiewiczem odwiedzić.

Każdy bezstronny musi przyznać w tych dwu przypadkach korzystne działanie właśnie upustu krwi, wykonanego nie pod przymusem mocznicy; w pierwszym przypadku po upuście krwi nastąpiło wyraźne polepszenie, którego nie przyniosły żadne środki, cieszące się w tym kierunku dobrą sławą; w drugim przypadku obfitszy upust krwi usunął ślepotę, objaw tak bardzo przerażający i sprowadził rychły postęp w ozdrowieniu. Jednak nie zawsze miałem tak korzystny wynik upustu krwi do zanotowania; przeto nie mam wcale zamiaru podnosić wartości tego zabiegu do zenitu. Nie mogę się również wdawać w tłómaczenia teoretyczne, dlaczego w pewnych, zapewne rzadkich razach może upust krwi działać tak korzystnie, czy to w sposób mechaniczny, ułatwiając dowóz i wywóz krwi do nerek, czysto w sposób chemiczny, drażniąc szpik kostny budzi drzemiące siły obronne przyrody. Ale czuję się upoważnionym na podstawie moich spostrzeżeń klinicznych do twierdzenia, że w pewnych warunkach, t. j. gdy tętnice obwodowe napięte i brak jakichkolwiek powikłań, upust krwi, zabieg zresztą niewinny, może czasem przynieść pożądany wynik. Jeżeli nie wyleczy, to przynajmniej ulgę przyniesie lub życie przedłuży, zwłaszcza w tych przypadkach rozpaczliwych, gdzie znaczne obrzęki są źródłem różnorodnych ciężkich cierpień, a wszelkie środki moczopędne zawodzą.

To są wyniki moich dwuletnich spostrzeżeń; szczęśliwym będę, jeżeli one znajdą u szan. czytelników zastosowanie i uznanie.

III. Oko a ucho, stosunek ich wzajemny.

Podał

Dr. R. Spira.

(Dokończenie).

2) a) Przechodząc do chorób nerwowych ogólnych, a zwłaszcza czynnościowych, należy wymienić w pierwszym rzędzie choroby umysłowe, które sprowadzają różne zboczenia słuchu i wzroku, jak np. złudzenia, omamy słuchowe i wzrokowe. Za dalekoby to nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli omówić wszystkie te objawy chorobowe, które na podstawie ogólnej choroby nerwowej w obrębie zmysłów słuchu i wzroku wystąpić mogą i były spostrzegane. Musimy jednak jeszcze wskazać na ważną rolę, którą odgrywają tu różne nerwice ogólne, jak neurastenia, histerya (głuchota, ślepota itp.), padaczka, migrena, pląsawica i nerwice urazowe (lęk). Co się tyczy histeryi, to bardzo ciekawym objawem, wspólnym obu zmysłom, jest t. zw. „transfert", t. j. możność przeskoczenia głuchoty i ślepoty z jednej strony na drugą po przyłożeniu małego magnesu, albo też bez wszelkiego wpływu zewnętrznego. Tu zaznaczyć wypada przypadek Bürknera[12]) ośrodkowej głuchoty i ślepoty, które wystąpiły wskutek strachu u dobrze dotychczas słyszącego i widzącego chorego. Chory w ciągu 3—4 dni począł niedosłyszeć, po 2 miesiącach ogłuchł, a w przebiegu 6 miesięcy oślepł. Przewodnictwo głosowe przez kości zostało zupełnie zniesione, chory słyszał tylko pojedyncze tony wysokie i niskie. Obok tego istniały zaburzenia w równowadze ciała i zawrót głowy. Przeczył, by przebył kiłę. W przypadku Urbantschitscha wystąpiły nagle wskutek doznanego strachu obok trwałego niedosłyszenia wysokiego stopnia, szum w uchu, przytępienie smaku, węchu i dotyku, po stronie lewej wreszcie przemijające mroczki i niedowidzenie. Wdychanie azotanu amylowego wywołało po stronie prawej twarzy żywe zaczerwienienie, mniejsze po stronie lewej. U. wyraża przypuszczenie, że zaburzenia zmysłowe w tym przypadku były spowodowane przez skurcz naczyń krwionośnych w obrębie odnośnych ośrodków zmysłowych. Freund i Kayser[13]) opisują przypadek głuchoty t. zw. z lęku skutkiem uderzenia pioruna, przyczem zauważono obok braku węchu (anosmii) i znacznego przytępienia zmysłów smaku i dotyku skórnego, także zaburzenia słuchu i dośrodkowe zwężenie pola widzenia. Do następstw zaburzeń naczynioruchowych należy zaliczyć przypadek Dunna[14]), tyczący się 10-letniego dziecka, które po wpadnięciu do wody straciło wszystkie zmysły i mowę; w powrocie do zdrowia najpierw wystąpiła percepcya dla barw. Bonnafont[15]) spostrzegał ślepotę i głuchotę u człowieka 40-letniego, który podczas wielkiego mrozu odsłonił sobie głowę; ślepota pozostała trwale. Schwartze przytacza przypadek równoczesnego skurczu tężcowego małżowiny i ścisku powiek na tle nerwowem.

b) Toż samo można powiedzieć o chorobach zakaźnych. Wiadomo przecież, że w przebiegu odry, płonicy, błonicy, ospy, duru, grypy, róży, zimnicy, kiły itd. zdarzają się często cierpienia spojówek, rzadziej sprawy zapalne głębszych części oka i n. wzrokowego, obok różnych chorób trąbki usznej, ucha środkowego, a nawet błędnika. Choroby te powstają przeważnie przez przeniesienie się cierpienia z gór-

nych dróg oddechowych znanymi już szlakami do narządów zmysłowych, rzadziej przez usaodwienie się w nich zarazka chorobotwórczego z krwi.

Uwagi godnem jest pojawianie się zaburzeń słuchowych jednocześnie z zapaleniem rogówki pochodzenia kiłowego. Do cech najznamienniejszych kiły dziedzicznej należy właśnie równoczesne zajęcie rogówki (zapalenie śródmiąższowe) i błędnika usznego. U takich chorych można zwykle jeszcze wykazać wrodzone zniekształtnienie czaszki, nos siodełkowaty, chłoniaki, ozenę, zęby Hutchinsonowskie, owrzodzenia i zmiany bliznowate na podniebieniu, w gardle, w tylnych otworach nosowych, w ujściu gardłowem trąbki, w stawach, przewodzie nosowo-łzowym, zmiany zapalne okostnej ze skłonnością do przerostu kości i wyrośli kostnych. Cechujący t. zw. trias Hutchinsona składa się właśnie z zaburzeń w błędniku usznym, z kiłowego śródmiąższowego zapalenia rogówki i objawów zwyrodnienia na zębach, głównie na górnych siekaczach, których brzeg wolny jest ząbkowany lub półksiężycowato wklęsły. W podobny sposób kiła nabyta może być powodem zmian w obu będących w mowie narządach.

c) Inne choroby ogólne, pociągające za sobą zmiany w oku i w uchu, stanowią: zaburzenia w składzie krwi, w odżywieniu, w przemianie materyi, oraz różne skazy. Niedokrewność, białaczka, krzywica, zołzy, gruźlica, gościec, dna i inne dają często powód do licznych i różnorodnych chorób w zakresie oka i ucha. W niedokrewności złośliwej stwierdzano wybroczyny w błędniku i w siatkówce. Pewne zatrucia, jak ołowne, wyskokowe, nikotynowe, przetworami chininy i salicylowymi i in. mogą sprowadzić równoczesne zaburzenia w obu narządach, jako t. zw. lekarstwiane zapalenie ucha środkowego itd. Przy ukąszeniu przez żmiję spostrzegał Heinzel[16]) obok krwawienia z ucha, także i ze spojówek, kiszek i płuc. Na tle samozatrucia pojawiają się zaburzenia wzroku i słuchu podczas ciąży, połogu itd. Według Ogstona (przytoczony przez Heimana) napady przytępienia słuchu i szumu w uszach, występujące w przebiegu dny i przewlekłego gośćca, są analogiczne z napadami jaskry u dnawych. — W krwawiączce widziano obok krwawienia z dziąseł i z nosa krwiak ucha środkowego, wybroczyny w przedniej i tylnej komórce ocznej. Podobne krwawienia zauważano i w kokluszu. Do wspólnych i ogólnych przyczyn chorób obu narządów omawianych należą wpływy atmosferyczne, zaziębienie i t. p.

3) Do wspólnych przyczyn zaliczyć należy dalej choroby poszczególnych narządów, jak choroby narządu trawienia: zaburzenia w ząbkowaniu, próchnica i bóle zębów, choroby wątroby, krwawnice; dalej cierpienia narządów oddechowych, krążenia, moczowych i płciowych. Przy silnym zastoju krwi w naczyniach głowy mogą wystąpić wybroczyny i inne zaburzenia w obu narządach. Choroba Brighta wywołuje nieraz różne cierpienia ucha środkowego, a szczególnie wewnętrznego. Zaburzenia słuchu wzmagają się i ustępują zależnie od stanu choroby nerek, od ilości białka w moczu i są często połączone z zaburzeniami wzroku (*retinitis albuminurica*), być może wskutek obrzęku w obrębie n. słuchowego i siatkówki. Podobnie w moczówce towarzyszą jej często zmiany i objawy chorobowe w obu omawianych narządach zmysłowych.

4) Do wspólnych przyczyn zaliczyć należy także zboczenia rozwojowe, sprowadzające różne zmiany i zniekształtnienia równoczesne w obu narządach. Najczęstszem powikłaniem barwikowego zapalenia siatkówki jest głuchota wrodzona, albo też nabyta. Jedno i drugie zdarza się przeważnie u potomków małżeństw spokrewnionych. Leber[17]) znalazł w 20% barwikowego zapalenia siatkówki (*retinitis pigmentosa*) zaburzenia słuchu. W rodzinach tak obciążonych zdarzają się także zaburzenia słuchu nawet u członków wolnych od chorób siatkówki. Weinziger[18]) znachodził bardzo często u głuchoniemych zez zbieżny i skrócenie podłużnego wymiaru głowy w stosunku do wymiaru poprzecznego i sądzi, że w tej nieprawidłowości budowy czaszki szukać należy wspólnej przyczyny dla zboczenia wzrokowego i głuchoniemoty. Przy wybitnych wzgórkach mózgowych (*juga cerebralia*) i wyciskach palczastych na kości czaszkowej bardzo często zdarza się cienki strop jamy bębenkowej obok jego pęknięcia i przedziurawienia oczodołu, jak to Bürkner[19]) wykazał. Różne inne wady rozwojowe w narządzie słuchowym są połączone z podobnemi wadami w zakresie narządu wzrokowego, jak n. p. szczeliny (*coloboma*) ucha z szczelinami oka i w. innych.

IV. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przecięcie nerki *(sectio renis)*,

jako zabieg leczniczy w t. zw. *„néphralgie hématurique“* i jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Napisał

Dr. M. W. Herman,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Z porządku rzeczy zastanowimy się obecnie nad wartością rozpoznawczą przecięcia nerki. Zdawaćby się mogło, że chyba po obejrzeniu rozciętej, jak na sekcyi, nerki, pomyłek rozpoznawczych być nie powinno, i to tem mniej, że przy tej sposobności możemy skroić kawałek nerki do badania drobnowidowego. Tymczasem tak nie jest i nie brak przykładów stwierdzających, że nawet nefrotomia nie daje nam zawsze pewności rozpoznawczej. J. Israel pisze we swoim dużym podręczniku na str. 405: „...Wenn man aber berücksichtigt, dass es sich, wie mehrfach beobachtet, um circumscripte Krankheitsherde gehandelt haben kann, von denen nicht nothwendig das excidirte Scheibchen betroffen zu sein braucht, so ist auch dieser Fall (t. j. mikroskopowe zbadanie kawałka nerki wyciętego po zrobionej nefrotomii), nicht ganz beweisend für die anatomische Intaktheit der Niere“. Następne, również wiele mówiące, spostrzeżenie zawdzięczamy H. Kümmlowi. Mężczyzna 47-letni oddaje od dłuższego czasu mocz mętny i krwawy. Badanie cystoskopowe wykazało stosunki prawidłowe w pęcherzu. Okolica nerki lewej bolesna, lecz sama nerka nie wyczuwalna, podobnie jak i prawa. Po dokładnem zbadaniu moczu rozpoznano nowotwór złośliwy nerki lewej. Kümmel odsłonił przeto tę nerkę, a gdy obmacaniem nie mógł w niej stwierdzić nic patologicznego, przeciął ją aż do miedniczki. Lecz i na rozkroju nie zauważył nic takiego, coby mogło tłómaczyć objawy chorobowe. Zeszył więc nerkę i ranę zewnętrzną. Wkrótce chory umarł, a sekcya wykazała: guz no-

wotworowy nerki prawej, taki sam guz, lecz nieco mniejszy, w nerce lewej obok przerzutów w innych narządach. A zatem *sectio renis* nowotworu nie wykazała, bo guz leżał poniżej powierzchni przekroju. Jeszcze bardziej pouczającym i to pod wielu względami jest przypadek opisany przez E. Braatza, do którego jeszcze raz później powrócimy. U młodej dziewczyny, która dawniej cierpiała na gruczolaki zołzowe szyi, wystąpiły bóle i krwawienie z prawej nerki. Niemal zupełnie ujemny wynik badania przedmiotowego, kilkakrotnie stwierdzony, nasunął rozpoznanie, „*haematuria sine materia*“. Rozpoznanie to nabrało pewnych podstaw, kiedy rzeczywiście przecięcie nerki dokonane 4/12 1894 nie wykazało w miąższu nerkowym żadnych zmian patologicznych. Rozpoznania owego był E. Braatz niemal pewnym, kiedy przez przeciąg następnych 3-ch lat, operowana na żadne dolegliwości się nie uskarżała. Lecz po tym czasie dawne dolegliwości powróciły i to w znaczniejszem natężeniu. Chora nalegała i Braatz się zgodził na wycięcie nerki. Na preparacie anatomicznym znaleziono świeże ognisko serowate w górnym biegunie, w dolnym zaś bliznę, po takiemże dawniejszem ognisku, lecz już wygojonem.

Tych kilka przykładów chyba dowodzi dostatecznie, że wynik ujemny rozpoznawczego przecięcia nerki nie jest bynajmniej pewnym i pozbawionym wszelkich wątpliwości. Skoro ognisko chorobowe jest drobne i utkaniem swem mało się różni od zbitości miąższu gruczołowego nerki, musielibyśmy trafić na nie na rozkroju, aby je zauważyć. A i wtedy patrzeć trzeba uważnie, boć na powierzchi zalewanej nieustannie z miąższu sączącą się krwią (gdyż trudno zacisnąć szypułę naczyniową tak, aby ani kropla krwi do nerki nie przypływała), łatwo przeoczyć ognisko chorobowe, które przedewszystkiem barwą odróżniać się będzie od otoczenia. W końcu pamiętać trzeba i o tem, że oglądanie odbywamy wśród bardzo niekorzystnych warunków, o wiele trudniejszych, niż przy sekcyi. A jeżeli i anatom często zbadawszy dokładnie chorą nerkę i obejrzawszy ją nie na jednej, ale na setkach powierzchni przecięcia, uciec się musi do badania mikroskopowego, aby módz wreszcie postawić rozpoznanie, więc o ileż mniej wartości posiadać muszą wnioski rozpoznawcze chirurga, który przegląda przekrój nerki niejako dorywczo i w trudnych warunkach zewnętrznych? Złą przysługę oddają sprawie ci, którzy zachęcają do przecinania nerki w celach rozpoznawczych, bo zachęcają do rękoczynu, którego wartość jest bardzo problematyczną, a który pociągnąć może poważne niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia chorego, a wreszcie sprowadzają z drogi jedynie wskazanej prowadzącej do wydoskonalenia dotychczasowych sposobów badania chorób i czynności nerek, lub do wykrycia nowych. Zmierzam do tego, aby wykazać, że nefrotomia rozpoznawcza powinna być wykreśloną z rejestru rękoczynów chirurgicznych. Jeżeli obecne nasze sposoby badania klinicznego nerek, nie zawsze wystarczają do dokładnego rozpoznania, dozwolonem być powinno dawno już zalecane odsłonięcie (oczywiście najlepiej zaotrzewnowe), nerki i bezpośrednie jej obmacanie. Jeżeli tym sposobem nie znajdziemy żadnych zmian patologicznych (czy to co do jej rozmiarów, czy też co do wejrzenia torebki, czy wreszcie co do jej niejednostajnej zbitości), usprawiedliwiających dostatecznie dalszy jakiś zabieg, zaniechać należy wszystkich innych prób. Nie należy bowiem zapominać o tem, że w przypadku poczynającej się gruźlicy lub nowotworu złośliwego, będącego dopiero w zawiązku, tylko szczęśliwym przypadkiem przez nefrotomię odkryć je zdołamy, w razie zaś nerwobólu nerkowego (*nephralgia*) albo *haematuriae sine materia*, odsłonięcie i zluksowanie nerki z dodaniem nacięcia torebki i z następowymi zrostami tyle samo pomódz może, co i przecięcie nerki.

Na usprawiedliwienie takiego stanowiska, prócz faktów poprzednio podanych, przytoczyć możemy szereg innych, w części z kliniki, w części zaś z pracowni doświadczalnych, które wykażą, że nefrotomia, to zabieg połączony już to z bezpośredniemi, już też późniejszemi niebezpieczeństwami.

Śmiertelność po przecięciu nerki nie jest wcale małą. Biorąc średnią ze zestawień większych i jednolitych, otrzymujemy około 10% śmiertelności. Wysoką tę śmiertelność tłómaczą przypadki bardzo rozpaczliwe, w których nefrotomia była tylko ostatnią kroplą. Nie mało jest jednak takich opisów, które rzucają cień na tę operacyę, zwłaszcza o ile była użytą bez ścisłych wskazań. Sabatier, Denecke, Sprengel, Braun, Leguen ogłaszają przypadki, w których wbrew istotnej potrzebie zmuszeni byli wyciąć nerkę, jedynie z powodu nieustających i groźnych dla życia krwawień z nerki, którą kilka dni poprzednio przecięli i przekonali się, że poważniejszych zmian anatomicznych nie było. W innym przypadku, kiedy jeszcze 4-go dnia krwawienie się utrzymywało, otworzono ranę, wyjęto szwy z nerki i tamponowano ją. W jednym z przypadków Bartha zdarzyło się tak, że z powodu bólów i krwawień głównie po stronie prawej, utrzymujących się od 5-ciu lat, wykonano przecięcie prawej nerki. Dwudziestego dnia po operacyi wystąpiła nagle gorączka i objawy zatoru w płucach. Barth obejrzał przedewszystkiem dokładnie ranę pooperacyjną i znalazł, że dolny biegun nerki nefrotomowanej uległ zgorzeli. Rad nie rad wyciął tę nerkę. Rana wygoiła się. Badanie drobnowidowe wykazało śródmiąższowe zapalenie. Zanim jeszcze jednakrana pooperacyjna zdążyła się zabliźnić, napowrót wystąpiły dawne dolegliwości, gdyż tą samą sprawą zapalną dotkniętą była i druga nerka. Braatz zaś widział się zmuszonym do wycięcia nerki w rok po nefrotomii, dokonanej z powodu rzekomej nefralgii, od czasu bowiem operacyi utrzymywała się przetoka, która żadnym sposobem zagoić się nie dawała.

Braatz do przypadku tego nie dodaje żadnych komentarzy — nasuwają się jednak pewne wątpliwości co do prawdziwości rozpoznania! Z tak uporczywego utrzymywania się przetoki moczowej po przecięciu nerki wnosićby można, że drożność moczowodu nie była zupełna, czy to skutkiem nieodpowiedniego stosunku tegoż do miedniczki (co jest najprawdopodobniejszem), czy też skutkiem zwężeń w świetle moczowodu. Ta zaś względna niedrożność mogła być przyczyną poprzedniej kolki nerkowej, czego oczywiście nefrotomia wyświetlić nie mogła.

Następnie nigdy nie jest wykluczoną możliwość zakażenia ropnego nerki podczas samej operacyi, a następstwem takiego zakażenia jest zupełna utrata narządu (jeżeli nie życia), dotychczas może nawet dobrze funkcyonującego.

Wspomnieć tu dalej należy o jednem spostrzeżeniu Tuffiera, który obserwował nowotwór śluzakowy, powstający z długo utrzymującej się przetoki po nacięciu nerki.

Również pojedynczym i jak dotychczas niepowtórzonym jest przypadek opisany przez Hofbauera, w którym, podczas zamierzonej nefrotomii z powodu krwiomoczu, utrzymującego się od kilku lat, skutkiem widocznie zbyt silnego pociągnięcia odsłoniętej nerki, przerwała się szypuła

tak, że wbrew zamiarom operacyę skończyć musiano wycięciem nerki. Badanie drobnowidowe wykazało przewlekłe śródmiąższowe zapalenie.

Ale nawet najszczęśliwsze operacye nie przechodzą bez śladu i bez szkody, czy to dla samej nerki, czy też dla chorego.

W ogólności, w piśmiennictwie tego przedmiotu, mało spotykamy takich przypadków, w którychby badano nerkę w dłuższy czas po nefrotomii. A i te opisy nie są zgodne. Obok takich, które tylko wspominają w zwięzłych słowach, że w nerce dawniej przecinanej znaleziono bliznę linijną nieco tylko w głąb zaciągniętą, a w samej nerce makroskopowo nie zauważano żadnych zmian (Israel), spotykamy opisy dokładniejsze, oparte na badaniu drobnowidowem. Rozpocznę od najstarszych spostrzeżeń Greiffenhagena, dotyczących nacięcia nerki. Po nefrolitomii lewostronnej, dokonanej przed 5-cioma miesiącami, przyczem długość rany wynosiła 4 ctm., chory z jakiejś innej przypadkowej przyczyny umarł. Na preparacie anatomicznym stwierdzono, że blizna pooperacyjna miała kształt klina, zwróconego wierzchołkiem ku miedniczce. Blizna ta najwidoczniej nie przeszła jeszcze przez wszystkie swe okresy, w obwodzie jej bowiem znaleziono młodą tkankę łączną (ziarninującą). W najbliższem sąsiedztwie blizny naciek drobnokomórkowy, a zdala od niej w miąższu nerki, ogniska daleko posuniętych zmian śródmiąższowych, a tu i ówdzie drobne torbiele, powstałe z zaciśniętych kanalików. W zakresie blizny kanaliki zanikły bez śladu, a tylko miejscami zachowały się kłębuszki i to zwyrodniałe (hyalinowo). W drugiej, nieoperowanej nerce, ślad zmian śródmiąższowych, wybitnie mniejszych niż w nerce lewej. Ten sam autor opisał drugi podobny przypadek. Tutaj w siedm miesięcy po nefrolitomii prawostronnej (rana długości 5 ctm.) z powodu utrzymujących się bólów wyciął nerkę. W oko wpadały od razu niezwykle małe wymiary nerki, a w niej blizna po dawniejszem nacięciu, podobnie jak w poprzednim przypadku, kształtu klina. Blizna sięgała aż do miedniczki. W obwodzie blizny zmiany śródmiąższowe w kształcie pasm łącznotkankowych, rozchodzących się promieniście od blizny w tkankę gruczołową.

Te dwa przypadki wykazują, że nawet taki drobny zabieg, jakim jest nacięcie nerki w porównaniu do *sectio renis*, na przestrzeni 4—5 ctm., powoduje w niej trwałe zmiany. W obu zmiany te określić można jako zapalenie nerek śródmiąższowe. Przeciwko możliwym zarzutom, że ta sprawa chorobowa, tocząca się w podścielisku nerki, mogła być wywołaną przez cierpienie główne, pierwotne, a więc jak w tych obu przypadkach, przez kamicę, podnieść należy, że w pierwszym przypadku, jakkolwiek zapalenie śródmiąższowe nerki istniało w obu nerkach, to w nerce operowanej sprawa ta o wiele znaczniej postąpiła; w obu zaś razach stwierdzić można było, że pasma tkanki łącznej zaciskającej i niszczącej kanaliki nerkowe brały swój początek z blizny pooperacyjnej, pozostawały z nią w bezpośrednim związku organicznym i najprawdopodobniej przyczynowym. Nadto spodziewać się musimy, że w pierwszym przypadku sprawa niszcząca nie dobiegła jeszcze swego kresu, jak na to wskazuje naciek drobnokomórkowy i tkanka ziarninowa — a to znów ze swej strony jest faktem świadczącym o tem, że zaostrzenie się zapalenia śródmiąższowego w nerce i znaczniejsze jego natężenie zależały od poprzedzającej nefrolitomii.

Wobec tych zjawisk usprawiedliwionem jest oczekiwanie, że zmiany podobne po typowej nefrotomii, czyli po *sectio renis*, będą nierównie większe. I rzeczywiście tak jest. Klinicznych spostrzeżeń w tym kierunku, dokładnie zbadanych, posiadamy trzy. Pierwsze zawdzięczamy A. Barthowi. U 31-letniej kobiety, z powodu podejrzywania gruźlicy, odsłonił nerkę. Gdy obmacaniem nie mógł stwierdzić nic patologicznego, przeciął nerkę w ten sposób, jak się to zwykle robi na sekcyi. Lecz i wówczas nic patologicznego nie znalazł. Kiedy jednak ani bóle, ani krwawienia nie ustępowały, w 34 dni po pierwszej operacyi przystąpił do wycięcia nerki. Na preparacie stwierdził martwicę miąższu nerkowego po obu stronach płaszczyzny przekroju. Ilość tkanki w ten sposób obumarłej ocenia Barth na rozmiary orzecha włoskiego. Poza sferą tkanki obumarłej wyraźne bujanie w tkance śródmiąższowej i żywy rozrost nabłonka w kanalikach prostych. Obok tego cewki wypełnione wałeczkami szklistymi. W kanalikach krętych stłuszczenie nabłonka i to nawet w znacznej odległości od blizny. Podobna sprawa toczy się w obwodzie każdego szwu, założonego na rozciętą nerkę.

Dwa dalsze przypadki, lecz już nierównie dalej posunięte, opisuje E. Braatz. Pierwszy z tych przypadków przytoczyliśmy już częściowo poprzednio, mówiąc o wartości rozpoznawczej nefrotomii. Tu więc tylko skończymy opisem preparatu anatomicznego. Na wyciętej nerce stwierdzono znaczny zanik przodkowej (t. j. brzusznej) połowy nerki, zanik takiego stopnia, że blizna pooperacyjna przeciągniętą została z równika nerki na jej przodkową powierzchnię, w pobliże miedniczki. Równocześnie (w paru słowach) wspomina ten sam autor o drugim zupełnie analogicznym przypadku, przez siebie spostrzeganym. Dla zrozumienia tego zjawiska nie wystarcza wcale tłómaczenie, że przyczyną takiego znacznego zaniku było przecięcie naczyń. Braatz bowiem, nie znając jeszcze pracy Zondeka, poprowadził cięcie przez największą wypukłość nerki, nie zaś przez rzeczywisty równik nerki, leżący jak wiadomo, kilka milimetrów ku powierzchni tylnej (grzbietowej) nerki. Gdyby bowiem rzeczywiście taka była przyczyna zaniku nerki, powinnaby jej uledz jedynie część klinowata, położona między płaszczyzną przekroju a płaszczyzną naturalnej podzielności nerki. Zupełnie nie pojmuję, dlaczegoby i część położona na zewnątrz od płaszczyzny przekroju, miała uledz zanikowi? Myślę, że dla przypadków zwykłych, t. j. o typowym przebiegu naczyń, dla wytłómaczenia takiego zaniku, nie wystarcza jedynie teorya o przecięciu naczyń, a przyjąć trzeba i inne dodatkowe wpływy. W pierwszej linii wziąśćby należało w rachubę przerwanie ciągłości między kłębuszkami Malpighiego a kanalikami, w dalszym zaś ciągu uwzględnić wpływ nerwów odżywczych. W każdym razie, jakąkolwiek byłaby przyczyna takiego znacznego zaniku nerki, przypadki takie i tym podobne wskazują, że następstwa po nefrotomii nie zawsze są obojętne. Ostrożność w tym kierunku nakazują nadto doświadczenia podejmywane głównie w celu stwierdzenia sposobu gojenia się ran w nerkach i następstw po częściowem wycięciu nerki. Z doświadczeń tych, podejmywanych wielokrotnie i w różnych czasach wynika, że miąższ nerkowy nie jest wcale zdolnym do odrodzenia się w ścisłem tego słowa znaczeniu. Nie odrazu jednak przyszliśmy do tego przekonania. Wprawdzie wszyscy zgadzali się na to, że blizna w nerce powstaje skutkiem bujania

tkanki śródmiąższowej, lecz niektórzy dodawali, jak np. Pisenti, że z tych młodych, okrągłych i owalnych komórek tkanko-łącznowych, przez właściwe ich uszeregowanie się, powstawać mogą nowe kanaliki i kłębuszki. Wszyscy jednak późniejsi badacze zaprzeczyli temu zgodnie, przyjmywali jednak, że odrodzenie się miąższu gruczołowego istnieje. Kłębuszki Malpighiego odradzać się miały z naczyń (Paoli), a nowe kanaliki powstawać miały dzięki bujaniu nabłonka w kanalikach zachowanych (Mattei, Podwysocki, Paoli i inni). Odradzania się takie opisywał A. Barth jeszcze przed kilkoma laty, przedstawiając całą sprawę jako bujanie komórek nabłonkowych w utrzymanych cewkach prostych, w formie wypustek bocznych. Temu procesowi odrodczemu odmówił jednak wszelkiej wartości czynnościowej, bo wypustki te, tkwiące wśród tkanki bliznowatej, prędzej lub później ulegają zanikowi skutkiem ucisku przez kurczącą się bliznę a nawet w zaraniu swego bytu obojętne są dla ustroju, nie łączą się bowiem ani z torebką Bowmanna, ani z kłębuszkiem Malpighiego. W czasie jednak, kiedy jeszcze wyznawano teoryą o zdolnościach regeneracyjnych nerki, Tuffier i Kümmel wykonali liczne bardzo doświadczenia i stwierdzili rzekomo, że owa zdolność odrodcza nerki po jej częściowej resekcyi jest niemal nieograniczoną. Już w 48 godzin po wycięciu kawałka nerki można ją wyraźnie zauważyć, a po 10—15 dniach sprawa jest już skończona Dopiero A. Barth wykazał, że całe owo tak szybkie i wydatne odradzanie się, to tylko szereg złudzeń. Powiększenie się pozostawionych części nerki nie zależy bynajmniej od odrastania nowej tkanki gruczołowej, lecz od odczynowego obrzęku pozostałej części. Kümmel powtórzył swe doświadczenia i przyznał słuszność Barthowi. W ostatnich czasach przybyły nam nowe doświadczenia Maxa Wolffa, które, rozważane razem z doświadczeniami dawniejszemi Bartha, wykazują dowodnie i zgodnie poza pewnymi, obojętnymi szczegółami, że nerka nie jest wcale zdolną do regeneracyi. Części, raz w jakikolwiek bądź sposób zniszczone; na zawsze pozostają stracone dla ustroju. Jedyny objaw odrodzenia, jaki w nerce po jej częściowem wycięciu spostrzegać możemy, to bujanie nabłonka w kanalikach prostych. Bujanie to, na ilość bardzo wydatne, gdyż sprowadza ostatecznie całkowite zaczopowanie światła kanalika, jest zupełnie bezcelowem. Natomiast miąższ nerkowy posiada niezaprzeczoną zdolność do wyrównującego przerostu. Przerost zaś ten polega nie na ilościowem pomnożeniu (hiperplazyi) pojedynczych pierwiastków (kanalików, kłębuszków), lecz na ich przeroście (hipertrofii), t. zn. kanaliki stają się szersze, światło ich obszerniejsze, a kłębuszki większe. Stwierdzić to możemy, obliczając liczbę kanalików i kłębuszków na pewnej części pola widzenia w nerce prawidłowej i w nerce przerosłej. (Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

F. Blum. **Zapalenie nerek śródmiąższowe na tle samozakażenia.** (*Virchov Archiv*, T. 166). U psów, jeżeli nie giną prędko po wycięciu gruczołu tarczykowego, obok typowych zmian zwyrodnienia w układzie nerwowym ośrodkowym powstaje stale międzymiąższowe zapalenie nerek. Pierwsze zmiany pojawiają się w bezpośredniem sąsiedztwie kłębków, później rozwija się naciek w tkance otaczającej kanaliki moczowe, a wreszcie nastaje zanik kłębków i zwyrodnienie miąższu nerek. *E. K.* (Kr. kl. ch. w.)

Renvers. **Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia nerek.** (*Therapie der Gegenwart* 1902, Nr. 4) Pierwszym warunkiem leczenia zapalenia nerek jest poznanie etyologii tego cierpienia. Zapalenie nerek jest prawie zawsze chorobą następową, objawem ogólnego zakażenia lub zatrucia, a wyjątkowo tylko chorobą pierwotną. Często ustrój przezwycięża w krótkim czasie zakażenie, względnie zatrucie, zmiany jednak w nerkach ustępują bardzo wolno, nieraz trwają lata pod postacią zapalenia przewlekłego. W leczeniu należy starać się w pierwszym rzędzie o usunięcie przyczyny podrażnienia nerek: leczyć chorobę przewodu pokarmowego, błonicę itd., a w drugim rzędzie usuwać zaburzenia wywołane przez niedostateczną sprawność chorobowo zmienionych nerek. Upust krwi w przypadkach mocznicy jest nieraz jedynym środkiem, ratującym życie; następnie należy wywoływać poty i działać przeczyszczająco. W tym celu należy polecić gorące, mokre zawijania, gorącą kąpiel, picie gorącej wody z cukrem z dodatkiem herbaty; a unikać leków napotnych. Do przeczyszczenia należy używać soli, albowiem leki przeczyszczające roślinne zawierają istoty drażniące nerki. Korzystnie wpływają lawatywy z fizyologicznego rozczynu chlorku sodowego.

Należy się starać, aby się jak najmniej we krwi wytwarzało produktów przemiany materyi. Doświadczenia wykazały, że w zapaleniu nerek głównie wydzielanie azotu zostaje upośledzone, a więc należy zaspokajać potrzeby ustroju głównie węglowodanami, tłuszczami, a białka jak najmniej podawać. Wyskoku i korzeni należy zupełnie wzbronić. Dyeta ściśle mleczna nie jest możliwa, częścią z powodu odrazy, jakiej chorzy wkrótce nabywają do mleka, częścią zaś z powodu względnie dużej ilości białka. Wystarczy mleko rozcieńczone z dodatkiem ryżu, kleików, cukru, śmietany. Jarzyny i owoce można podać dopiero wówczas, gdy moczenie jest dostateczne. Wszelkiego ruchu należy wzbronić, aby nie przyspieszać przemiany materyi. Z czasem winno się rozpocząć od mięsienia kończyn pod kontrolą moczu, a później przejść do biernej gimnastyki.

Z leków należy polecić w razie obniżenia parcia krwi: naparstnicę, *strophantus;* przy prawidłowem jednak parciu krwi leki te, podane jako moczopędne, więcej szkodzą, niż pomagają. Pobudzające działanie na wydzielanie moczu przypisują kofeinie i teobrominie, aczkolwiek racyonalne wskazanie do użycia tych leków w ostrem zapaleniu nerek jest rzadkie. Według autora jedynym środkiem moczopędnym w tej chorobie jest woda.

Dr. Kędzior (Kr. kl. ch. w.).

Dr. J. Marischler. **O wpływie produktów drobnoustrojów kałowych (toksyn) i wyciągów kałowych na narząd krążenia.** (*Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Tom 1, Zeszyt II). Zachętą do tej pracy, której część doświadczalna wykonaną została w zakładzie fizyologii prof. Dra Becka, było spostrzeżenie kliniczne, że u pewnej chorej zauważono podczas kilkodniowego zaparcia stolca ziębnięcie rąk i nóg, objawy, które po oddaniu stolca ustępowały. Nasuwała się więc sama przez się myśl, czy nie mamy tu do czynienia z jakimś związkiem przyczynowym między t. zw. atonią jelitową a zmianami naczynioruchowemi.

O zmianach naczynioruchowych podczas zaparcia stolca wspomina wielu autorów; odnoszą je jednak po większej części albo do wpływu mechanicznego nagromadzonego kału na nerwy jelitowe i zwoje nerwu spółczulnego, albo też do utrudnienia w oddechaniu i krążeniu wskutek wypchnięcia przepony ku górze. W ostatnich dopiero czasach zwrócono uwagę na sprawy chemiczne, zachodzące w jelitach i starano się w wessaniu produktów rozkładu gnilnego treści jelitowej znaleźć ostateczną przyczynę wyżej wspomnianych objawów. Dotychczas jednak nie wykazano doświadczalnie wpływu produktów gnilnych przewodu pokarmowego na narząd krążenia. Chcąc lukę tę wypełnić, t. j. chcąc przekonać się, czy i w jakim kierunku produkta gnilne, wywołane działaniem drobnoustrojów jelitowych, mają wpływ na krążenie, względnie zachowanie się ciśnienia krwi i ośrodków naczynioruchowych, przedsięwziął autor szereg doświadczeń z toksynami kałowemi.

W celu otrzymania produktów gnilnych, wytworzonych życiem drobnoustrojów jelitowych (toksyn), przeszczepiał autor minimalną ilość kału ludzkiego na 200 ctm.³ bulionu, chcąc, by się rozwinęły symbiotycznie drobnoustroje zawarte w kale. Tego rodzaju hodowle zostawiał autor przez 48 godzin w ciepłocie 37°, poczem sączył je przez sączek porcelanowy Chamberlanda i otrzymywał w ten sposób przesącz, a w nim pewną ilość toksyn, mogących służyć do doświadczeń. Hodowle te otrzymywał autor z kałów prawidłowych, biegunkowych, zapartych w sposób naturalny i sztuczny, po dyecie mlecznej; miał również sposobność zbadać w ten sposób treść jelita cienkiego, otrzymaną przy operacyi z powodu przewlekłego zwężenia jelita.

By przekonać się, czy produkta gnilne znajdują się w stanie gotowym w kale ludzkim, robił autor również wyciągi z kałów

w ten sposób, że rozcierał 50 grm. kału ze 100 ctm.[3] fizyologicznego rozczynu NaCl i sączył również przez sączek Chamberlanda, a z przesączem przeprowadzał szereg takich samych doświadczeń, jak z przesączem otrzymanym z hodowli.

Doświadczenia przeprowadzał autor na królikach i psach. Do oznaczenia wpływu tych toksyn na narząd krążenia posługiwał się mierzeniem ciśnienia krwi. W tym celu łączono jedną z tętnic dogłowowych zwierzęcia z kymografionem Ludwiga, a toksyny wprowadzono u królików do żyły szyjnej, u psów zaś do żyły udowej.

Na podstawie swych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) w przesączu hodowli bulionowych, otrzymanych przez przeszczepienie minimalnej ilości kału ludzkiego, znajdują się pewne ciała (toksyny), które 2) wstrzyknięte do żyły obwodowej, podnoszą ciśnienie krwi tętnicze; 3) to podniesienie się ciśnienia krwi polega najprawdopodobniej na podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych; 4) toksyny te wywołują również zaburzenia czynności samego mięśnia sercowego, lub jego obwodowego narządu nerwowego; 5) toksyny, otrzymane przez przeszczepienie kału przy zaparciu naturalnem, działają silniej na narząd naczynioruchowy, aniżeli toksyny, pochodzące z przeszczepienia kału prawidłowego; 6) sztuczne zaparcie stolca niema wybitnego wpływu na siłę toksyn; 7) tak samo i biegunka; 8) kilkodniowa dyeta mleczna nie wpływa na jakość i siłę toksyn; 9) przeszczepienie treści jelita cienkiego daje toksyny tych samych własności, jak przeszczepienie kału, oddanego drogą naturalną; 10) wpływ na ośrodki naczynioruchowe toksyn kałowych, wprowadzonych do ustroju drogą żyły bramnej, jest o wiele słabszy w porównaniu z działaniem tychże toksyn, wprowadzonych drogą żyły szyjnej; wyciągi kałowe wodne, wprowadzone do żyły, obniżają znacznie ciśnienie krwi. *M.*

A. Fraenkel. **O nakłóciu osierdzia.** (*Die Therapie der Gegenwart,* kwiecień, 1902). Miejsce nakłócia przy wysiękowem zapaleniu osierdzia nie jest nawet w większych monografiach ściśle oznaczone. We Francyi sposób, zalecony przez Dieulafoy, t. j. nakłócie na zewnątrz od naczyń sutkowych bywa częściej używany, niż drugi sposób — na wewnątrz od naczyń sutkowych. Odstęp bowiem tętnicy od mostka wynosi w czwartem międzyżebrzu 1,6 ctm., w piątem 2,0, w szóstem 2,5 ctm., a Dieulafoy robi nakłócie w 4-tem albo 5-tem międzyżebrzu około 6 ctm. od lewego brzegu mostka, wbijając igłę połączoną z przyrządem aspiracyjnym w kierunku ku mostkowi i ku górze, w przeciwieństwie do Baizeaua, Delormea i Mignona, którzy operują na wewnątrz od naczyń tuż przy lewym brzegu mostka, aby w ten sposób uniknąć skaleczenia opłucnej. Podczas gdy Hindenlang operuje w 4-tym, 5-tym lub 6-tym międzyżebrzu 3—4 ctm. na zewnątrz od lewego brzegu mostka, odpowiednio do wielkości stłumienia serca, Romberg poleca sposób Curschmanna, który wkłówa płaski trójgraniec zwolna i ukosem w kierunku koniuszka serca, wprawdzie w 5-tem lub 6-tem międzyżebrzu, ale na zewnątrz od linii sutkowej, w miejsce samego stłumienia, jeśli tętnienia serca, albo tarcia osierdziowego wykazać nie można. Po wypuszczeniu wysięku osierdziowego należy zawsze, wyciągając nieco rurkę trójgrańca, wypuścić zarazem i obecny w takich przypadkach wysięk opłucnowy. Wobec wysięku opłucnowego ropnego powinno się z powodu prawdopodobnego zakażenia osierdzia operować tylko tuż obok lewego brzegu mostka. Drobne skaleczenia serca bywają zawsze bez następstw.

Autor wykonał nakłócie osierdzia w dwóch przypadkach i to sposobem Szapożnikowa, t. j. na prawo od mostka, wypuszczając w pierwszym przypadku — (z powodu gruźliczego zapalenia osierdzia, jak później wykazały oględziny pośmiertne) — 1600 ctm.[3], w drugim przypadku — (ostry gościec stawów) — 180 ctm.[3]. W obu tych przypadkach tylko nadmierna duszność i wzmagająca się sinica były wskazaniem życiowem do operacyi, bo wiadomo, że samoistne wessanie takich wysięków w przebiegu gośćca ostrego nastąpić może. Na wybór miejsca nakłócia w obu tych przypadkach wpłynęło wielkie stłumienie, oraz usiłowanie, ażeby uniknąć w ten sposób skaleczenia wielkiej żyły serca (vena magna cordis), która w tych przypadkach ogromnie nabrzmiewa.

W dalszym ciągu roztrząsa autor sprawę oddalenia lewego brzegu serca od ostatecznej granicy stłumienia i zachowania się serca wobec wysięków osierdziowych. Szapożnikow, wykonując odnośnie do tej sprawy doświadczenia, wstrzykiwał żelatynę do jamy osierdziowej — po odpiłowaniu mostka — i pokazało się, że tylko niekiedy cienka warstwa żelatyny pokrywała przednią ścianę serca, podczas gdy największa jej część gromadziła się bądź po obu stronach serca, bądź też między sercem a przeponą. Z tego wynika, że jeśli uderzenie koniuszkowe da się wymacać po lewej stronie klatki piersiowej, a poniżej istnieje rozszerzone stłumienie, można wykonać nakłócie w szóstem lewem międzyżebrzu; natomiast w trzeciem albo czwartem międzyżebrzu prawem w granicach bezwzględnego stłumienia tylko wtenczas, jeśli przepona nie jest przesunięta, a przestrzeń półksiężycowa Traubego się nie zmieniła. Damsch wstrzykiwał rozczyn agaru do osierdzia, ciecz o tym samym prawie ciężarze gatunkowym, jak żelatyna lub wysięk surowiczy, torując sobie drogę wycięciem piątej i szóstej chrząstki żebrowej i doszedł do wniosków, że nakłócie najlepiej wykonać przy dolnym brzegu przedniej ściany worka osierdziowego. W każdym razie trzeba szczególną zwracać uwagę na to, czy niema rozszerzenia lewej komory, bo wtenczas większa część serca lewego przylega do przedniej ściany klatki piersiowej i skaleczenie serca byłoby nieuniknione. W tych przypadkach nakłócie jest wskazane po stronie prawej, bo stłumienie dochodzi tu przynajmniej do linii przymostkowej prawej. *Dr. J. Münzer* (Lwów).

Koblanek. **O leczeniu tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy.** (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 1902, XLVII Band, I. Heft). Wszystkie zabiegi, stosowane do leczenia tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, dzielą się na I. mechaniczne i II. chirurgiczne.

I. Do pierwszych należy odprowadzenie macicy z następowem założenie krążka. Dotychczasowa statystyka wykazuje, iż tą drogą stosunkowo rzadko daje się osiągnąć trwałe wyleczenie; zazwyczaj już w ciągu pierwszego roku po usunięciu krążka macica powraca do nieprawidłowego położenia (blizko w 80%). Skutek leczenia zapomocą krążków w ogólności zależy od trzech warunków: *a*) wyboru odpowiedniego krążka i dostatecznie długiej a troskliwej opieki lekarskiej; od *b)* od powikłań tyłopochylenia i tyłozgięcia, i *c*) od sposobu powstania i czasu trwania nieprawidłowego położenia macicy.

Ad a. Najlepsze wyniki dawały krążki Thomasa. Nieraz okazywały się one skutecznymi nawet tam, gdzie inne krążki zawodziły.

Ad b. Krótka przednia ściana pochwy i zrosty okołomaciczne stanowią przeszkodę dla osiągnięcia dobrych wyników leczenia zapomocą krążków. Ponieważ zrosty te nieraz z trudnością dają się rozpoznać, przeto autor odnosi część przypadków niepomyślnego leczenia do tego właśnie powikłania, nie rozpoznanego przed założeniem krążka.

Ad c. Najlepsze rokowanie co do trwałego wyleczenia dają przypadki tyłopochylenia i tyłozgięcia, powstałe w połogu i zawczasu odprowadzone. Idzie tu głównie o uchwycenie odpowiedniej chwili dla wykonania zabiegu: macica położnicy nie powinna już być dużą, atoli powinna jeszcze posiadać pewną wiotkość i giętkość. Obydwom tym warunkom odpowiada macica mniejwięcej w trzecim tygodniu po porodzie. W razie potrzeby można macicę odprowadzać kilkakrotnie. Z 26 osób, leczonych podczas połogu, udało się autorowi trwale wyleczyć 9 bez zakładania krążka; z 17-tu, którym krążek trzeba było założyć, po 2—5 miesiącach uleczono 6, u reszty zaś 11 albo nie można było skontrolować wyniku leczenia, albo też tyłopochylenie i tyłozgięcie po usunięciu krążka powróciło.

Zachęcony tymi wynikami, próbował autor spożytkować zwiotczenie macicy po poronieniu i podczas miesiączki dla leczenia tyłopochylenia i tyłozgięcia. Próby te zostały uwieńczone względnie pomyślnym skutkiem: z 18-tu przypadków tyłopochylenia i tyłozgięcia, leczonych poprzednio bez skutku zapomocą krążków, otrzymał autor w 7-miu trwałe wyleczenie.

II. Kiedy mechaniczny sposób leczenia tyłopochylenia i tyłozgięcia pozostaje dla jakichkolwiekbądź przyczyn bez skutku, a chora przez to jest narażona na cięższe dolegliwości, wkracza wtedy w swe prawa chirurgia. Ze wszystkich zabiegów operacyjnych (*Ventrofixatio*, oper. Alexandera i t. d.) oddaje autor pierwszeństwo t. zw. *vaginofixatio ligamentorum rotundorum.* Po dojściu do przyczepu więzu okrągłego od strony przedniego sklepienia i oddzieleniu możliwych zrostów, autor przeciąga nitkę przez ten wiąz, oraz fałd pęcherzowo-maciczny i umocowuje ją we wnętrzu przedniej pochwy ściany. Zalety waginofiksacyi więzu okrągłego mają być następujące: 1) z operacyą tą łatwo dadzą się połączyć plastyczne operacye pochwy; 2) sam zabieg jest lżejszy od laparotomii (*ventrofixatio*); 3) można ją zastosować przy macicy ruchomej i unieruchomionej i połączyć z nią operacye przydatków; 4) macica, jak i po innych zabiegach, utrzymuje swą ruchomość i zdolność przerastania (ciąża). *R. K—cki.*

Birch-Hirschfeld. **Badania doświadczalne nad patogenezą niedowidzenia (amblyopii) z zatrucia alkoholem metylowym.** (*Graef. Arch. f. Opht.* T. 52, 1901). Autor wprowadzał u królików i u kur do jamy ustnej alkohol metylowy, przyczem powstawało u zwierząt tylko odurzenie, jakby po nadmiernem użyciu wyskoku, osłabienie i znaczne upośledzenie wzroku. Po pięciu do 14-tu dniach zabijano zwierzęta i badano gałki pod drobnowidem: wyniki badania tego dadzą się streścić w następujących zdaniach: działanie alkoholu metylowego w pierwszym rzędzie da się stwierdzić w komórkach nerwowych siatkówki, zanim wogóle jakiekol-

wiekbądź zmiany w pniu nerwowym wystąpią; zwyrodnienie nerwu jest dopiero sprawą następową — i ogranicza się tylko do pierwszej części nerwu; nie okazuje ono charakteru zapalnego. Niedowidzenie (amblyopia) metylowe u człowieka jest bardzo podobne do przewlekłego zatrucia wyskokiem. Anatomicznie wykazują to doświadczenia (jak i Rymowicza) ogromne podobieństwo do zatrucia wyskokowego. Praca ta zatem odrzucałaby, o ile doświadczenie na zwierzęciu da się przenieść na człowieka, twierdzenie Uthoffa i innych, jakoby pierwotne zmiany w niedowidzeniu alkoholowem powstawały w nerwie.

Dr. Brudzewski.

Fuchs Prof. **Oderwanie naczyniówki po operacyi zaćmy.** (*Graefego Archiv f. Ophtalmologie* 1902, T. 51, II). Dotąd w bardzo nielicznych przypadkach spostrzegano oderwanie naczyniówki po wydobyciu zaćmy. Pierwszy zwrócił na to uwagę Knapp, a po nim w kilku przypadkach spostrzegali je także inni okuliści. Fuchs w tym kierunku badał dokładnie wszystkie przypadki, operowane z powodu zaćmy w czasie od listopada 1899 r. do czerwca 1900 w swojej klinice i znalazł w pięciu przypadkach oderwanie naczyniówki, co kazałoby przypuszczać, że ono daleko częściej się zdarza, niż dotąd sądzono. Oprócz tych przypadków, które spostrzegał w klinice, opisuje jeszcze jeden przypadek z praktyki prywatnej i przytacza nadto historye choroby trzech przypadków oderwania naczyniówki po irydektomii. Obraz chorobowy tego cierpienia jest następujący: przebieg pooperacyjny w tych przypadkach bywa w pierwszych dniach po operacyi najczęściej prawidłowy. Po kilku dniach staje się przodkowa komórka płytszą, a wreszcie następuje brak jej, chociaż nie można wykazać śladów pęknięcia ranki lub jej wydęcia, owszem — z jej wejrzenia wnosić należy, że ranka jest należycie sklejona, a pomimo to staje się gałka oczna miększą. Jeżeli źrenica jest rozszerzoną, to już przy oświetleniu ogniskowem można rozpoznać oderwanie naczyniówki, która w kształcie żółtych lub brunatnych gładkich garbów, wystających do ciałka szklistego, staje się widoczna. Dokładniej można rozpoznać garby wziernikiem, które przy badaniu środków łamiących przedstawiają się jako wyniosłości półkuliste ciemne, w wielu przypadkach wprost czarne. Jeśli jest ich więcej, co się także zdarza, to je głęboki przedział rozdziela. Jeżeli oderwanie naczyniówki jest bardzo płytkie, można je tylko rozpoznać po ciemnym łukowatym cieniu, którego wypukłość jest ku tyłowi zwróconą. Oderwania zdarzają się przeważnie w przedniej części naczyniówki. Najwcześniej je spostrzeżono w trzecim dniu, najpóźniej w piątym miesiącu po operacyi zaćmy. Po jakimś czasie płyn podnaczyniówkowy ulega wessaniu, garby się odpowiednio zmniejszają, stają się płaskie, wreszcie znikają, ciecz wodna nagromadza się w przodkowej komórce, a obniżone napięcie gałki ocznej staje się prawidłowe.

Fuchs tłómaczy powstanie oderwania naczyniówki w następujący sposób: przy operacyi zaćmy i przy wykonaniu irydektomii powstają poprzerywania tkanin w zatoce przodkowej komórki, skutkiem których może się ciecz wodna dostać do utkania mięśnia rzęskowego i do przestworów naczyniówkowych. Gromadząc się tam, ciecz wodna wypycha naczyniówkę i przylegającą do niej siatkówkę w ciałko szklanne, które, ustępując ku przodowi sprawia, że przodkowa komórka staje się płytszą. Trudniej wytłómaczyć obniżenie napięcia oka. Fuchs sądzi, że oko staje się dlatego miększe, że ciecz podnaczyniówkowa łatwiej może z oka na zewnątrz się dostać, aniżeli ciecz z przodkowej komórki. Na poparcie swojej teoryi przytacza wynik badań drobnowidowych oczu, operowanych z powodu zaćmy, które dowodzą, że istotnie oderwanie naczyniówki w okolicy przyczepienia tęczówki i ciałka rzęskowego się zdarzają.

Dr. August Dybuś-Jaworski.

Docent Jawein. **W sprawie powstania ostrego obrzęku śledziony.** (*Izwiestija Imperatorskoj Wojenno-Miedicinskoj Akad.* 1902, t. 4, Nr. 2). Rozprawa ta stanowi dalszy ciąg badań autora nad przyczyną ostrego obrzęku śledziony w zatruciach i chorobach zakaźnych. W pracy, ogłoszonej w roku 1899, na podstawie doświadczeń swoich na psach doszedł autor do wniosku, że ostry obrzęk śledziony, występujący po zatruciu psów truciznami, rozpuszczającemi krwinki czerwone (solą Bertoleta, toluilendyaminą), powstaje wskutek obfitego rozpadu krwinek, którego produkty są zdaniem J. tymi bodźcami, które wywołują najpierw przekrwienie, a następnie bujanie i przerost miazgi śledzionowej. To wnioskowanie autora stwierdzają i inni badacze, którzy wykazują, że ostre obrzmienie śledziony występuje po zatruciu tylko takiemi truciznami, które posiadają własność wywoływania rozpadu krwinek, i nie spostrzega się po zatruciu innymi przetworami trującymi. Niemniej znajdujemy w piśmiennictwie twierdzenia autorów, że ostre obrzmienie śledziony występuje tylko w tych sprawach zakaźnych, które pociągają za sobą wzmożony rozpad krwinek czerwonych, zwłaszcza zaś w okresie, kiedy rozpad jest najwybitniejszy. Jawein przeprowadził szereg dalszych doświadczeń z zatruwaniem królików pirogalolem i toluilendyaminą, pod wpływem których krwinki czerwone królika ulegają rozpadowi. Wprowadziwszy podskórnie roztwór wodny tych przetworów, oznaczał on codziennie liczbę krwinek czerwonych, % hemoglobiny i ciężar właściwy krwi; po śmierci zaś zwierzęcia badał narządy wewnętrzne, zwłaszcza śledzionę w skrawkach, ustalonych w wyskoku. Doświadczenia te potwierdziły, że i u królików również, jak i u psów, ostre obrzmienie śledziony stoi w związku z szybkim rozpadem krwinek czerwonych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

K. Švehla. **Przyczynek do symptomatologii rozpadlin rzyci.** (*Sbornik klinický.* Tom III, 1902, Zeszyt 2). Zdania autorów co do częstości pojawiania się rozpadlin rzyci są rozmaite. Statystyczne zestawienie w poliklinice Svehli wykazuje 2·5% tego cierpienia. Objawy, dotąd znane, są następujące: uporczywe zaparcie stolca, bóle przy wypróżnieniach, bóle żołądkowe, pojawianie się krwi po stolcach. Dorośli skarżą się prócz tego na bolesny skurcz zwieracza, utrzymujący się długo po wypróżnieniach, na parcie na stolec, a niekiedy także na dolegliwości przy oddawaniu moczu. Autor przytacza cztery spostrzegane przez siebie i wyleczone przypadki rozpadlin rzyci u dzieci, przebiegających wśród objawów, towarzyszących zwyczajnie zapaleniu stawu biodrowego. I tak opisuje on postawę patognomoniczną, ból w kończynie, a zwłaszcza w kolanie, bóle przy ruchach i przy uderzeniach w piętę lub krętarz, i wyrównujące skrzywienie kręgosłupa. Tylko brak bolesności ruchów biernych jest cechą odróżniającą oba te cierpienia. W jednym z opisywanych przez autora przypadków stosowano nawet poprzednio bez skutku opatrunek ustalający. Przyczyny występowania takich objawów są następujące: 1) tarcie i ruchy pośladków wywołują bóle w rozpadlinach, skłaniające dziecko do przybrania takiej postawy, któraby umożliwiała uniknięcie cierpienia. Jest to właśnie addukcya, zgięcie i skręcenie ku wewnątrz, które pojawiają się także w zapaleniach stawu biodrowego. Uderzenia w piętę i krętarz są bolesne, ponieważ wywołują tarcie pośladków. Bolesność ta po miejscowem zastosowaniu kokainy na ranę natychmiast ustępuje. 2) Co się tyczy skarg na bóle w kolanie, to są one wynikiem mylnego umiejscowienia siedziby bólów, zdarzającego się częstokroć u dzieci. *Dr. M. Blassberg.*

Krasinew. **Przypadek wycięcia żołądka.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 8). K. opisuje przypadek złośliwego nowotworu żołądka, dla usunięcia którego okazała się potrzeba wycięcia $^{5}/_{6}$ żołądka. Począwszy od trzeciego dnia po operacyi chora dostawała już mleko zimne, a przebieg pooperacyjny był już bez powikłań. W dniu ogłoszenia przypadku (na 17-ty dzień po operacyi) chora czuła się zupełnie zdrową. (Jest to więc już 18-ty przypadek prawie doszczętnego wycięcia żołądka, ogłoszony w piśmiennictwie. Poprzednie przypadki są następujące: 1) *Hemmeter-Medical Record*, 1898; 2) *Brigham. Clinical Review and Boston med. Journal*, 1898; 3) Nolle: *New-Jork med. Journal*, 1898; 4) Faure: *La semaine médic.*, 1899; 5) Schlatter: *Beiträge zur klin. Chir.*, 1899, Bd. 23; 6) Uroblewski: *Centralbl. f. Phys.*, Band XI, Nr. 21; 7) Leersum and Rotgans: *Nederland. Weeckbl.* 1899; 8) Narvic: *Annals of Surgery*, 1900; 9) Delatour: *ibid.*; 10) Ricard: *Gazette des hôpitaux*, 1900, Nr. 34; 11) Pauchet: *La semain. méd.*, 1900, Nr. 27; 12) de Carvalho: *The Lancet*, 1900; 13) Deganello: *Arch. ital. de biol.*, 1900; 14) Krause: *Deut. med. Woch.* 1901, Nr. 14; 15) Böckel: *ibid.* Nr. 11; 16) Herczel. *Orvosok Lapja.* 1901, Nr. 10 — i 17) Bardeleben: *Deut. med. Woch.* 1901, Nr. 15. Najdłużej po operacyi żyła chora Delatoura, mianowicie 20 miesięcy; zejście śmiertelne nastąpiło z przyczyny przypadkowej. (*Przypisek sprawozdawcy*).

Witold Orłowski (Ptbg.).

S. Mintz. **O nadżerkach wybroczynowych żołądka.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Z punktu anatomii patologicznej są to małe powierzchowne utraty błony śluzowej żołądka, nie dochodzące do warstwy mięśniowej błony śluzowej. Liczba ich bywa zwykle znaczna. Nazwano je wybroczynowemi w przypuszczeniu, że powstawanie swe zawdzięczają wybroczynom krwi; jednakże nie zawsze powstają one wskutek zaburzeń krążenia. Nadżerki napotykamy w ostatnim okresie gruźlicy, w mocznicy, drgawkach porodowych, pijackim nieżycie żołądka, marskości zanikowej, dalej w przebiegu zapalenia płuc, zapalenia wyrostka robaczkowego i uwięźniętej przepuklinie. W powyższych stanach chorobowych nadżerki zawdzięczają swe powstawanie albo wpływom chemicznym (węglan amonowy, kwas mlekowy), albo też drobnoustrojom i ich toksynom. Nadżerki — zdaniem autora — tworzą osobną postać chorobową, dla której nieżyt żołądka bywa czynnikiem usposabiającym. Charakterystycznym jest zbiór pewnych objawów podmiotowych: bóle żołądka, nieraz bardzo silne, wychudnienie i osłabienie, powstałe wskutek nieprzyjmowania pokarmów; z objawów zaś przed-

miotowych cechującą jest stała obecność w przepłóczynach strzępków błony śluzowej żołądka. Bóle obejmują całą okolicę żołądka, występują wkrótce po jedzeniu, trwają do dwóch godzin i zwolna znikają. Wychudnienie nigdy nie dochodzi do charłactwa. Mogą też być mdłości i wymioty (jak w obu przypadkach autora), brak łaknienia, zaparcie stolca lub rozwolnienie, zawroty głowy, lecz są to objawy niestałe. Sprawność mechaniczna żołądka nie wykazuje żadnych zboczeń, a chemizm również nic charakterystycznego nie przedstawia. Leczenie nadżerek wybroczynowych polega na przepłókiwaniu żołądka azotanem srebrowym (1—2‰) i na podawaniu dużych dawek bizmutu naczczo, dalej na spokoju i nie drażniącej dyecie. *Z. Czaplicki.*

Stanisław Nowaczek. **Przypadek skurczowego zwężenia przełyku.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Autor opisuje rzadki bardzo przypadek skurczowego zwężenia przełyku, rozpoznanego na podstawie: nagłego początku choroby, szybkiego rozwinięcia się objawów zupełnej niedrożności, możności wprowadzenia najgrubszego zgłębnika do żołądka bez zmiany kierunku i bez względu na to, czy jama nad zwężeniem jest pustą, lub też wypełnioną płynem; dalej na podstawie braku wymiotów i odbijań, wreszcie zupełnego braku wszelkich wskazówek, przemawiających za jakiemkolwiek innem cierpieniem. W etyologii tej choroby duże znaczenie mają mieć cierpienia nerwowe i moralne. W opisywanym przypadku u chorej, będącej jeszcze w stanie ozdrowienia po grypie, cierpienie wybuchło nagle po otrzymaniu przykrej wieści. Co do patogenezy tego cierpienia, to Ziemssen przypuszcza możliwość udziału nerwu spółczulnego. W danym przypadku przypuszczenie Ziemssena temwięcej zasługuje na uwagę, że chora przed laty przebyła połowiczy zanik twarzy, a potem rozwinął się u niej wól, t. j. cierpienie, w którem, jak wiadomo, — wielu badaczy dopatruje związku przyczynowego z nieznanem bliżej schorzeniem nerwu spółczulnego. *Z. Czaplicki.*

Dr. E. Wölfflin. **Przyczynek kliniczny do poznania budowy tęczówki.** (*Archiv f. Augenheilkunde* 1902, XLV, I). Na przedniej powierzchni tęczówki widzimy linię zygzakowatą spółśrodkową do źrenicy, która dzieli tęczówkę na część źreniczną i część rzęskową. Od tej linii granicznej przebiegają często promienisto tak ku źrenicy, jakoteż ku ciałku rzęskowemu beleczki barwy białej, wystające nad powierzchnię tęczówki. Otóż autor, badając szereg ludzi zapomocą mikroskopu rogówkowego lub lupą Bergera przy ogniskowem oświetleniu, znalazł, że te beleczki są znacznie wyraźniejsze w tęczówce niebieskiej, niż w brunatnej; a nadto spostrzegał w 10% przypadków oczu niebieskich, a ledwie 1% brunatnych, że owe beleczki kończą się na obwodzie rzęskowym wyraźnem zgrubieniem barwy białej, wielkości główki od szpilki, jakby kłębek pogmatwanych nitek. Szczególnie często i licznie znajdują się te guzki w dolnym zewnętrznym i dolnym wewnętrznym kwadrancie, w liczbie około 10—20 guzków, a czasem tylko (i to daleko mniejsze) przy źrenicznem zakończeniu beleczków. Autor nie badał tych guzków mikroskopowo, a przypuszcza, że guzki te i beleczki są zanikłemi naczyniami błony źrenicznej z życia płodowego (*membrana pupillaris perseverans*). *Dr. Jan Kreutz.*

Dr. C. Bär. **Odruchowe drżenie gałki ocznej.** (*Archiv für Augenheilkunde* 1902, XLV, I). Autor opisuje sześć przypadków drżenia gałki ocznej (*nystagmus*), które powstawało odruchowo przy podrażnieniu zakończeń obwodowych nerwu trójdzielnego, względnie spojówki i rogówki, w postaci kurczów drgawkowych tak mięśni zewnętrznych oka, zazwyczaj mięśni zwracających gałkę oczną na zewnątrz, jakoteż mięśni wewnętrznych oka w tęczówce i ciałku rzęskowem. Podrażnienie (np. ciałem obcem, zadziałaniem powietrza na chorobowo zmienioną spojówkę lub rogówkę, działaniem drażniących płynów, prądem elektrycznym) przechodzi przez nerw trójdzielny do ośrodków mózgowych, a ztąd na włókna ruchowe nerwu okoruchowego, tworząc w ten sposób łuk odruchowy. Takie podrażnienie obwodowe może jednakże dopiero wtenczas wywołać drżenie gałki ocznej, kiedy mięśnie oczne są w stanie osłabionym, jak się to dzieje np. u dalekowidzów z osłabieniem mięśnia rzęskowego i mięśni prostych wewnętrznych, co w istocie autor w opisanych przypadkach stwierdził i sądzi, że owo miganie przed oczyma, na które wielu dalekowidzów się żali przy dłuższej wytężającej pracy zblizka, nieraz polega na takiem przejściowem drganiu, lub na prawdziwem drżeniu gałki ocznej. *Dr. Jan Kreutz.*

Schultze. **O niektórych przypadkach ropnicy pochodzenia usznego, wyleczonych bez operacyi.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* Tom 53). Już dawniej Schwartze podniósł, że nawet w bardzo ciężkich przypadkach ropnicy może nastąpić wyleczenie bez jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. S. przytacza trzy przypadki ciężkiej ropnicy, z których jeden dotyczył chorego z ropieniem przewlekłem ucha środkowego, drugi — z zapaleniem ostrem, a trzeci — ze złamaniem podstawy czaszki; złamanie w tym ostatnim przypadku przechodziło przez tylną ścianę przewodu zewnętrznego usznego i wyrostek sutkowy. Dwa ostatnie przypadki były bardzo ciężkie z przerzutami w stawach, płucach i t. d.; w drugim przypadku wystąpiła prócz tego niedomoga serca, a w trzecim — ropne zapalenie opłucnej. Operacyi we wszystkich trzech przypadkach nie podejmowano, bo uważano przypadki za stracone. We wszystkich trzech przypadkach leczenie było objawowe. S. przestrzega, by chorzy nie wstawali zawcześnie z łóżka, jeżeli jest podejrzenie obecności zakrzepu, a to dlatego, by zapobiedz możebnemu oderwaniu się kawałka skrzepu, co mogłoby nastąpić wskutek ruchu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Gottschalk. **O przypadłościach, spowodowanych opadnięciem jajników i ich leczeniu.** (*Die Heilkunde* 1902, Nr. 1). Samoistne opadnięcie jajników jest bardzo rzadkie, zazwyczaj towarzyszy zmianie w położeniu macicy. Przy opadnięciu macicy oba jajniki leżą w zatoce Douglasa; przy nachyleniu ku przodowi lub tyłowi, jakoteż i przy tyłozgięciu obniża się częściej jajnik lewy i leży w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem, a to dlatego, że częściej pełna kiszka po stronie lewej przesuwa całą macicę ku stronie prawej, i ta dopiero pociąga za sobą jajnik. Samoistnie obniżają się jajniki tylko wtenczas, jeżeli ulegną zwyrodnieniu torbielowatemu, obrzękowi lub przerostowi. Chcąc wyleczyć opadnięcie jajników, trzeba usunąć zboczenia macicy; tylko w przypadkach zwyrodnienia jajników trzeba usunąć jajniki samo drogą operacyjną. Czasem dobre skutki daje zastosowanie odpowiedniego krążka, ułożenie chorej kilka razy na dzień w pozycyi kolankowo-łokciowej, wpuszczanie powietrza do pochwy w tej pozycyi, gorące przestrzykiwania pochwy i odbytnicy, wreszcie tamponada pochwy. W przypadkach, gdzie zabiegi te nie dają dobrych wyników, pozostaje tylko zabieg operacyjny, t. j. otworzenie zatoki Douglasa, przyszycie jajnika do górnego brzegu więzadła szerokiego i całkowite zaszycie zatoki. *P.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Calcium chloratum pur. cryst. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Środek ten podnosi zdolność krzepnienia krwi, z tego powodu polecany był przed laty przeciw swędzeniu w świerzbiączce, pokrzywce, jakoteż przeciw odmrożeniom, w których to cierpieniach zdolność krzepnienia krwi jest obniżona. Według najnowszych doświadczeń własność tę można wyzyskać również do tamowania krwotoków. A. Lafond-Grelety (*Gaz. des Hôpitaux* 1901, Nr. 36) uśmierza krwotoki miesiączkowe, stosując przez dłuższy czas następującą mięszankę: *Calc. chlor. 9·0, Syr. simpl. 60·0, Aqu. dest. 180·0 S. dwie łyżki dziennie.* Lek ten zaczyna podawać na tydzień przed przypuszczalnem rozpoczęciem miesiączki i poleca zażywać do jej ustania. Cierpienie nerek stanowi przeciwwskazanie. Roger (*Presse médicale* 1901, Nr. 4) stosował chlorek wapniowy z dobrym skutkiem przeciw krwawieniu w ospie czarnej. Krwotoki kiszkowe w przebiegu duru zwalczał Mathieu (*Gaz. des Hôpitaux* 1901, Nr. 33), podając dziennie 1—2 lewatyw z litra wody o ciepłocie 48°, zawierającej 4 grm. chlorku wapiennego. Równocześnie podawał 2·0 dziennie tegoż przetworu wewnętrznie, a dla uspokojenia ruchów robaczkowych polecał 0·04—0·05 wyciągu makowca. Cena środka: 1 grm. = około 10 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Jodoformogen (połączenie białka z jodoformem) zaleca się brakiem woni; w większości przypadków może zastąpić jodoform, zwłaszcza skuteczny jest w wrzodzie miękim.

Jod Eigon (połączenie jodu z białkiem) ma dawać świetne wyniki (Jessner) w leczeniu słabo ziarninujących ran, wrzodów goleni i t. d. Można go stosować nietylko w czystej postaci, lecz i w 30% mięszaninie z talkiem.

Thioform (zasadowy dwuthiosalicylan bizmutu), dobry środek na rany.

Epicarin (związek naftolowy) skuteczny na świerzb, drażni jednak skórę. Dobre wyniki daje w świerzbiączce Hebry, jak również w liszaju wyłysiającym, a ma tę wyższość nad naftolem, że jest zupełnie nie trujący. W świerzbie i świerzbiączce stosuje się epikaryna w 7—10% maści.

Nicotianae sapo. Mydło, zawierające wyciąg tytoniowy, wprowadził Taenzer, jako dobry lek przeciw świerzbowi. Mydłem tem (5—10%) naciera się skórę starannie i pozwala pianie zaschnąć, powtarzając ten zabieg przez kilka wieczorów, a potem daje się kąpiel. Trzeba mieć się na baczności, by nie wywołać zatrucia nikotyną: z tego powodu u dzieci lepiej mydła nikotynowego nie używać.

Liquor stibii chlorati używa się (Unna) w wilku pospolitym dla zniszczenia drobnych ognisk, w które wtyka się czopki, napojone tym przetworem. *Z. Czaplicki.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 30. kwietnia 1902.

Przewodniczący kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że Komitet postanowił zaprosić koll. Łazarskiego i Reissa do reprezentowania Towarzystwa lek. na jubileuszu Towarzystwa politechnicznego i przy otwarciu wystawy we Lwowie. Przyjęto do wiadomości.

III. Kol. Gliński przedstawił: narządy wewnętrzne z przypadku całkowitego odwrotnego układu wnętrzności u 20-dniowego chłopca. Od innych tego rodzaju nieprawidłowości omawiany przypadek różnił się tylko tem, iż między obydwoma przedsionkami a komorami serca znajdowały się zastawki dwudzielne zamiast jednej dwu- i jednej trójdzielnej.

IV. Kol Reiss. przedstawił: 1) chorego z *lichen ruber planus atrophicus* i 2) chorą z kilakiem okostnowym (*gumma periostale*) obojczyka. W dyskusyi kol. Borzęcki zaznacza, że rozpoznanie w drugim przypadku jest wątpliwe, gdyż naciek zbyt duży sięga poza granice obojczyka i brak bólów.

V. Kol. Borzęcki przedstawia chorego, u którego rozpoznanie było wątpliwe, obecnie jednak B. przechyla się do rozpoznania *psoriasis vulgaris.*

W dyskusyi kol. Reiss i kol. Krzyształowicz przychylają się do tego rozpoznania; kol. Krzyształowicz przedstawia również obraz histopatologiczny tego przypadku i usprawiedliwia nim rozpoznanie.

VI. Kol. Horoszkiewicz i Gliński wygłosili odczyt: O zmianach mikroskopowych w odzielającej się pępowinie, oraz o sądowo-lekarskiem znaczeniu tych zmian. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim“).

Dyskusya. Kol. Gertler zapytuje, jak się zachowywały płody nieżywo urodzone, czy były badane w kierunku zboczeń i schorzeń ogólnych? Wiadomo bowiem, że płody mogą w łonie matki przebywać choroby zakaźne, jak ospę, kiłę lub inne choroby osutkowe, połączone z naciekiem w skórze; płody więc od razu przy urodzeniu mogą okazywać w skórze, a zarazem i około pępka, nacieki, które mogłyby utrudnić rozpoznanie, czy i jak długo dziecko po urodzeniu żyć mogło. Sądzi więc zgodnie z prelegentem, że nacieki w skórze około pępka jeszcze nie mogą dowodzić, że dziecko żyło po urodzeniu.

Kol. Ciechanowski zauważa, że na obecność nacieków drobnokomórkowych w pępowinie płodów nieżywo urodzonych wpływać mogą między innymi także czysto zewnętrzne czynniki z jednej, przeciąganie się życia, a względnie powolne obumieranie pewnych tkanek i komórek jeszcze po ustaniu krążenia z drugiej strony. Wreszcie wskazuje na światło, jakie badania kol. G. i K. rzucają na wartość nowych »prób życiowych« w ogóle.

Po odpowiedzi kol. Glińskiego posiedzenie zamknięto.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. Cholera w Hedżas i środki zaradcze przeciw jej zawleczeniu.

(Dokończenie).

Stacya kwarantannowa w Tor. Tor leży na półwyspie Synajskim, o 120 mil morskich od Suezu, nad zatoką suezką. Jestto olbrzymia płaszczyzna między morzem a skalistem pasmem gór Synajskich, które zamykają widnokrąg na 13—14 kilometrów od brzegu. Okręty z Suezu przybywają tam w 12—15 godzin, ale karawany potrzebują 6 dni na odbycie tej drogi.

Na wybrzeżu morskiem, gdzie jest urządzona stacya, wieje ustawicznie dość silny wiatr, zatem klimat jest stosunkowo dość chłodny i powietrze ciągle świeże.

Pielgrzymi, przybywszy do Tor, wylądowują gromadnie na galarach, które mały parowiec podciąga kolejno do trzech zakładów desinfekcyjnych. Każdy taki zakład jest podzielony na dwie części, z których jedna dla mężczyzn, druga dla kobiet; ubrania pielgrzymów wkłada się w workach numerowanych do kotła parowego (desinfektora) i poddaje się przez 20 minut działaniu pary, ogrzanej do 120° C; przedmioty, któreby mogły uledz zniszczeniu, zanurza się w roztworze sublimatu. Wszystkie rzeczy pielgrzymów bez wyjątku zostają odkażane parą lub w sublimacie, a służba sanitarna przekonuje się naocznie, czy wszystkie rzeczy pielgrzymów zostały zabrane z okrętów. Okręt sam podczas swego pobytu w przystani zostaje przez służbę sanitarną dokładnie odkażony; służba okrętowa podlega również obserwacyi i odkażeniu. Pielgrzymi podczas odkażania ich przedmiotów udają się do obszernej szatni, gdzie w zamian za ich ubranie, posłane do odkażenia, dostają wyjałowioną koszulę (galabieh). Ztąd przechodzą do łaźni lub pod natryski, gdzie według woli biorą kąpiel lub natryski z ciepłej lub zimnej wody morskiej, poczem w osobnej sali czekają, aż ich ubrania zostaną wyjęte z kotła parowego.

Podczas ubierania się urzędnicy paszportowi przygotowują spisy imienne, według których urzędy sanitarne będą mogły pielgrzymów za powrotem do ich miejsc pobytu obserwować przez 7 dni, nadto lekarz odbywa wizytę lekarską.

Wszystko to wykonywa się bardzo starannie w ciągu godziny, licząc 40 pielgrzymów na jeden zakład; można dzięki dobrze pomyślanemu rozkładowi i obszerności budynków odkażać w godzinie około 120 pielgrzymów. W razie nagłości dzięki oświetleniu elektrycznemu, wprowadzonemu w tym roku, można odkażać nawet w nocy.

Wychodząc z budynku desinfekcyjnego, pielgrzym jest wolny od zarazków zakaźnych, które, mimo że nie jest chory, mógłby nosić w ubraniu i udaje się wraz z innemi osobami, przybyłemi tym samym okrętem, do „sekcyi“, którą ma zajmować przez czas kwarantanny. Pakunki pielgrzymów przewozi się koleją, która łączy wybrzeże morskie z poszczególnymi budynkami i sekcyami.

Co się tyczy chorych, to tych przenosi się odrazu po wylądowaniu do szpitala bądź chorób zwykłych, bądź podejrzanych, lub też zakaźnych, stosownie do przypadku, a odkażanie ich przedmiotów odbywa się w małym budynku desinfekcyjnym, przeznaczonym jedynie dla użytku szpitali.

Sekcye. Sekcya, gdzie się prowadzi pielgrzymów uznanych za zdrowych po odkażeniu, jestto olbrzymi czworobok 200 m. długi a 50 szeroki, zamknięty dokładnie wysoką kratką drucianą, oddzielony na prawo i na lewo dwoma podobnemi sekcyami tak, że po sekcyi zajętej następuje sekcya wolna, po wolnej znowu zajęta i t. d.

W sekcyi zajętej są 4 szeregi po 25 namiotów, z których każdy może pomieścić 6 pielgrzymów. Po rogach namioty lekarza, służby sanitarnej i dozorcy ministerstwa spraw wewnętrznych. Sekcya mieści w sobie jeszcze ogólny magazyn środków spożywczych, restauracyę, 18 miejsc ustępowych, kadź, gdzie się przygotowuje w obfitości mleko wapienne dla natychmiastowego odkażania wydzielin kałowych. Nadto woda przypływająca w obfitości 6-ma kurkami.

Lekarz bada dwa razy na dzień wszystkich pielgrzymów swojej sekcyi i oddziela chorych po różnych szpitalach. Pielgrzymi pozostają w kwarantannie przez 15 dni, jeżeli stan zdrowia w sekcyi jest zadowalniający; gdy się zdarzy przypadek cholery, kwarantanna rozpoczyna się na nowo, a pielgrzymów trzyma się tak długo, dopóki od ostatniego przypadku nie upłynie 15 dni. Dopiero wtedy, kiedy okres wylęgania zarazka minął bez przypadku, pielgrzymów uważa się za wolnych od zarazy i pozwala się im odpłynąć.

Dla pielgrzymów egipskich, którzy nie mają tak jak inni pielgrzymi jeszcze kilku dni drogi, aby się dostać do swoich ognisk domowych, wyznaczono nie 15, lecz 18 dni kwarantanny od ostatniego stwierdzonego przypadku cholery.

Skoro raz sekcya została przez pielgrzymów zajętą, lekarze, dozorcy sanitarni, magazynierzy i restauratorowie, którzy w tej sekcyi pełnia swoje obowiązki, zostają odosobnieni równocześnie z pielgrzymami, a to odosobnienie jest o tyle zupełniejsze, że założony w tym roku telefon łączy poszczególne sekcye i wszystkie budynki z głównym zarządem stacyi. Kordon żołnierzy otacza każdą sekcyę.

Pole kwarantannowe jest również całkowicie zamknięte kratką drucianą, podobną do tej, która oddziela sekcye. Jest ono na zewnątrz strzeżone przez placówki, ustawione w pewnych odstępach, aby uniemożliwić wszelką ucieczkę; w końcu na miejscach wyniosłych wzgórza zamykającego widnokrąg, Beduini strzegą płaszczyzny i mają obowiązek odprowadzić każdego, któryby się chciał wymknąć.

W nocy sekcye są oświetlone elektrycznie, co ułatwia dozór. Wszystkich sekcyj w Tor jest 40, z których 20 jest do zajęcia, a 20 ma zostać próżnych. Ponieważ w każdej sekcyi może się pomieścić 600 pielgrzymów, przeto 12.000 pielgrzymów może na raz odbywać kwarantannę.

Wnętrzu sekcyi brak wprawdzie komfortu i rozrywek, jest zato pod dostatkiem wszelkich materyałów spożywczych. Magazyny są dobrze zaopatrzone, a towary sprzedaje się po cenach oznaczonych przez Radę sanitarną. Taryfy w języku arabskim i tureckim wywieszone w każdej sekcyi.

Pielgrzymom ubogim wszystkich narodowości, niezdolnym się utrzymać na własny koszt podczas trwania kwarantanny, rząd egipski daje dwa razy na dzień skromny posiłek, składający się z chleba, gotowanej i przyprawionej soczewicy, ryżu lub bobu. Pielgrzymom egipskim dodaje się do tego nieco mięsa.

Szpitale. Skoro się pojawi w sekcyi jaki chory, przenosi się go natychmiast do szpitala, podczas gdy jego rzeczy po odkażeniu zostają oddane specyalnej służbie. Istnieją obecnie w Tor trzy szpitale murowane, zaopatrzone we wszystko, co choremu potrzeba. Dwa pierwsze szpitale, — szpital mężczyzn i kobiet — każdy na 30 łóżek, są przeznaczone dla chorób zwykłych; trzeci, na 20 łóżek, podzielony na 2 oddziały, mężczyzn i kobiet, jest przeznaczony specyalnie dla chorych chirurgicznych.

Oprócz szpitali murowanych urządzono jeszcze szpitale ruchome (dające się rozebrać) dla chorych podejrzanych i dotkniętych chorobami zakaźnemi. Podejrzanych umieszcza się w namiotach oficerskich o dwóch łóżkach, podczas gdy chorzy, u których stwierdzono chorobę zakaźną, zajmują baraki drewniane, których okiennice mogą się otwierać i zamykać stosownie do ciepłoty i potrzeb chorego.

Znacznego postępu dokonano w roku bieżącym przez urządzenie mleczarni, gdzie 20 krów dostarcza mleka świeżego i naturalnego, zamiast t. zw. mleka zgęszczonego, którego wielu chorych nie mogło znosić.

Stacya posiada pracownię bakteryologiczną, aptekę, słowem zaopatrzona jest we wszystko, co jest potrzebne do tego celu. Wody jest w obfitości, a studnie i kanalizacya są zabezpieczone od wszelkiego zakażenia.

Tak przedstawia się mniej więcej stacya kwarantannowa w Tor, gdzie liczni i doświadczeni lekarze, lekarki, służba w liczbie około 300 osób, przy pomocy 250 żołnierzy, wszyscy pod kierunkiem samego prezydenta Rady sanitarnej walczą obecnie przeciwko epidemii cholery.

Dotychczas 15 okrętów zawinęło do portu w Tor i wysadziło na ląd pielgrzymów. Z tych sześć miało podczas podróży morskiej z Dżeddy przypadki cholery, które podczas obserwacyi w Tor jeszcze się pomnożyły. Wszystkich przypadków do dnia 13-go kwietnia było w Tor 43, z tych 27 zmarło, czyli około 64%. Z powodu tych przypadków kilka sekcyj kilkakrotnie rozpoczynało swą obserwacyę kwarantannową na nowo i jeszcze żadna nie mogła opuścić Toru, mimo, że już 20 dni upłynęło od czasu, kiedy pierwszy okręt tam przybył. Po odbytej kwarantannie pielgrzymi zostaną jeszcze raz odkażeni i dopiero wtedy będą mogli odpłynąć.

Po przybyciu do Suezu zostaną pielgrzymi jeszcze raz gruntownie badani. Gdyby w drodze z Tor do Suezu zdarzył się przypadek cholery, okręt taki zostanie z powrotem odesłany do Tor, gdzie rozpocznie na nowo kwarantannę.

Jeśli się okaże, że stan zdrowotny pielgrzymów na okręcie jest zupełnie zadowalniający, to tylko pielgrzymom z Egiptu wolno będzie wysiąść w Suezie. Wysiadając, zostaną jeszcze raz przez fizyka suezkiego zbadani i dopiero wtedy będą mogli udać się do swego miejsca zamieszkania, gdzie znowu jeszcze przez 7 dni będą podlegali obserwacyi lekarskiej. Wydano surowe rozporządzenia dla przełożonych gmin, aby o każdym przypadku podejrzanym bezzwłocznie donosili władzy, a tymczasem chorych i osoby stykające się z nimi odosabniali. Za przekroczenie tych rozporządzeń nakładane będą surowe kary.

Natomiast okręty z pielgrzymami z poza Egiptu będą obowiązane przepływać kanał w stanie kwarantanny, tj. nie będą mogły stykać się z Egiptem. Każdemu okrętowi będzie towarzyszył mały parowiec z urzędnikami sanitarnymi i pięciu żołnierzami. Ci ostatni mają rozkaz strzelać natychmiast, gdyby jakiś pielgrzym chciał się z okrętu wydostać. Okręty takie nie będą się mogły zatrzymywać w kanale, chyba tylko na któremś z jezior gorzkich. W Port-Saidzie będą się mogły tylko tak długo zatrzymać, aby się zaopatrzyć w żywność i węgle.

Następnie pielgrzymi tureccy przed wylądowaniem będą musieli odbyć powtórną kwarantannę i dezinfekcyę w Klazomene, rosyjscy w Teodozyi, Marokańscy w Matifon.

Z opisu tego wynika, że zarządzono bardzo surowe środki ostrożności; jest zatem wszelka nadzieja, że zaraza się umiejscowi w Tor i nie przekroczy progów Egiptu i Europy. *Dr. Batko,* lekarz kwarantanny w Suez.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 maja.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło d. 14 b. m. posiedzenie nadzwyczajne, na którem po przedstawieniu chorych i okazów anatomicznych przez kolegów: Dr. Żydłowicza, Doc. Bossowskiego, Prof. Rosnera, Dr. Piotrowskiego T., Dr. Borzęckiego — nastąpił odczyt kol. Dr. Horoszkiewicza p. t. »Nagła śmierć wśród zabiegów operacyjnych ze stanowiska sądowo-lekarskiego«.

* Dziekan Wydziału lekar. U. J. rozpisał następujące konkursy: 1) na posadę asystenta przy Katedrze chemii lekarskiej z płacą roczną 1400 koron, podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 31 maja b. r. — 2) Na posadę asystenta przy klinice dermatologicznej z płacą roczną 1400 koron; podania wnosić należy do kancelaryi Wydz. lek. do dnia 31 maja b. r. — 3) Na posadę demonstratora przy klinice dermatologicznej z płacą roczną 600 koron; podania wnosić należy do kancelaryi Wydz. lekar. do dnia 31 maja b. r.

* D. 24 b. m. odbędzie się w Paryżu dwudniowy uroczysty obchód setnej rocznicy założenia instytucyi »Internatu lekarskiego szpitali paryskich«. Komitet urządzający zaprosił prof. Grzegorza Ziembickiego ze Lwowa, który przed ćwierć wiekiem był internem przy profesorach Péanie i Trellat, do udziału i przemówienia na posiedzeniu uroczystem w imieniu byłych internów cudzoziemców.

* Niemiecka Izba lekarska w Czechach wystąpiła z projektem, który rozesłała do wszystkich Wydziałów lekarskich w Austryi, ażeby przy nostryfikacyi dyplomów lekarskich zagranicznych stosowano najsurowsze przestrzeganie przepisów prawa. Autorowie projektu mają na oku utrudnienie lekarzom obcokrajowym praktyki lekarskiej w zdrojowiskach austryackich. Z projektem tym można w zupełności się zgodzić o ile lekarzom zagranicznym nie należy użyczać żadnych przywilejów, czego zresztą zawsze u nas ściśle przestrzegano; natomiast z naszego stanowiska należy stanowczo odrzucić wszelkie pokuszenie do »bojkotowania« lekarzy zagranicznych, nawet w drodze odwetu, gdyby kiedy postawa rządów państw sąsiednich w tej sprawie dała nam do tego pozorny pretekst.

Przyklasnąć należy wystąpieniu Zanardellego, prezesa ministrów włoskich, który będąc wezwany w parlamencie do podjęcia prohibicyj-

nego wniosku poprzedniego rządu względem praktyki lekarzy obcokrajowych we Włoszech, wniosek ten odrzucił.

* Morszyn, zakład zdrojowo-kąpielowy, własność funduszu wdów i sierót po lekarzach, zostanie otwarty d. 1 czerwca. Kierownictwo zakładu objął dr. Stefan Świątkowski ze Lwowa.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVIII (27—IV do 3—V). Ludność średnia roczna 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 28, urodziło się dzieci 70, zmarło osób 51 — mianowicie: z gruźlicy 11 (2 zam.), z zapalenia płuc 9 (2 zam.), z błonicy i dławca 2, z płonicy 2, z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery dzieci 3.

* Między 30—IV a 6—V doniesiono władzy o pięciu przypadkach ospy w powiecie gorlickim. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach galicyjskich: bohorodczańskim (1 gmina), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), kamioneckim (1 gm), jaworowskim (1 gm), kałuskim, (2 gm.), kołomyjskim (1 gm.) mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), niskim (1 gm), przemyślańskim (2 gm.), stanisławowskim (2 gm,), samborskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 85, w tygodniu poprzedzającym 96.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem farmakologii w Uniw. odeskim mian. został doc. Borysow.

Nekrologia. Dr. Adolf Wolberg, l. 76 zmarł w Łodzi. Prof. L. Golz, znakomity fizyolog, zakończył życie w Strasburgu w 68 r. życia. Prof. Kalindero umarł w Bukareszcie. Dr. Rascwietow, b. prof. chirurgii, zmarł w Moskwie, licząc lat 77 l.

Bibliografia:

— Nr. 20 *Gazety lekarskiej* — nie otrzymaliśmy.

— *Kronika lekarska* Nr. 9. Sadkowski: Pyramidon i sposób jego działania. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (c. d).

— *Postęp okulistyczny* (kwiecień) Noiszewski: Znaczenie pochłaniania i załamania w powietrzu promieni słonecznych dla objawu Purkinjego i adaptacyi siatkówki (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 3. Praschil: Zdrój »Nafta« w Truskawcu. F. Arnstein: Ciechocinek. — Iwonicz, zakład zdrojowy Kąpielowy.

— *Medycyna* Nr. 20. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanu związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (c. d.). Rabek: Przyczynek do leczenia niedrożności jelit atropiną. Arnstein: O zewnętrznem użyciu wyskoku w ciężkim przypadku ostrego gośćca stawowego.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 5. Goldmann. Przyczynek do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy (dok.). Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali. Fidler: Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gubernii Radomskiej.

— *Przegląd felczerski* Nr. 10. Radziszewski: Artykuł wstępny. L.: Zapalenie (c. d.). D.: Uzasadnienie naukowe odpowiedniego mycia rąk w położnictwie. St: Poglądy dawne na miesiączkowanie.— Ospa naturalna (c. d.). R.: Technika sekcyi zwłok (c. d.),

— *Časopis lékařů českých* Nr. 20 Kukula: O nové metodě nephropexe. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejnó všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 5. M. Čačkovič: Peta sotina laparatomija na odjelu za chiružske i ženske bolesti bolnice milosrdnich sestara v Zagrebu. Schwarz: Izvještaj o stotini rachitropacocainizacija. Joanovič: Dwa slučaja ognojenja guše *(strumitis suppur.)* z bakteriološkogo gledišta.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 5 Barkman: Případ ozhřivky u člověka. Mladějovský: Poznámky k balneotherapii (c. d).

— *La Presse médicale* Nr. 39. Ballet: Zaduma o charakterze przepuszczającym. Chipault i Plicque: Wskazania lecznicze w rwie twarzowej.

— Nr. 40. Carrière i Potel: Botryomykoza.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 20. Ewald: O oznaczeniu prawej granicy serca zapomocą opukiwania połączonego z osłuchiwaniem. Reichmann: Dalsze uwagi nad oznaczaniem rozmiarów narządów wewnętrznych za pomocą plesimetru słupkowego. Bandelier: O znaczeniu rozpoznawczem tuberkuliny dawnej. Leick: Kazuistyczny przyczynek do histeryi u dzieci. Heinrich: O operacyi wielkich przepuklin pępkowych oraz przepuklin powstałych w bliznach brzusznych. Cohnheim: O technice mikroskopowej kału.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19. Martin: Cele i drogi dzisiejszej ginekologii. Blaschke: Przyczynek do poronnego leczenia rzeżączki. Engel: Leczenie gruźlicy tuberkuliną. Friedmann: Jeszcze niektóre doświadczenia z wycięciem przysadki mózgowej, oraz o przeszczepianiu raka i gruczołu tarczykowego na przysadkę mózgową. Posner: Moczówka prosta a porażenie pęcherza.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 19. Cahn: Zapalenie przynerkowe i ropienie nerki w następstwie czyraków. Tomasczewski: Wrzód dziurawiący stopy, ze szczególnem uwzględnieniem jego etyologii. Freytag: O gruźlicy krtani. Walz: O wpływie przepony na wątrobę i mięsieniu wątroby. Ranke: Zapotrzebowanie pokarmu w zimie w okolicy wysokich gór. Hermann: O ciałach obcych w macicy. Naab: O kurczach odruchowych przy glistach ludzkich. Hofmeier: O zapobieganiu gorączce połogowej (dok.). Hösslin, Rubner i Voit: Prawo izodynamiki.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 20. Wagner: Histogeneza t. zw. guzów jajnikowych Krukenberga. Schlagenhaufer: Mięśniak naczyniasty macicy z przerzutami mięśniakowymi w wątrobie i płucach Frühwald: O sile aglutynacyi i znajdowaniu się bakteryj w płodzie matki, chorej na dur. Weiss: O niedomykalności zastawki biodrowokątniczej. Teleky: Walka z gruźlicą.

Redakcya otrzymała. Krumpholz: Der Kampf gegen die Malaria. Ed. Krzyżanowski: Poradnik dla leczących się w Truskawcu. Pelczar: Truskawiec jako zakład leczniczy. Majkowski: Zapalenie stawów, czyli artrytyzmy pochodzenia gośćcowego czyli reumatycznego, dnawego czyli podagrycznego i innych w świetle nowych pojęć lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 28 maja o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem doc. dr. Siedlecki wygłosi wykład: „Pasorzyt zwierzęcy i komórka“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.